FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Francisco Coelho Gomes

RIO DE JANEIRO
Typ. de G. Leuzinger & Filhos, Ouvidor 31

1883

THESE

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 29 de Setembro de 1883

E

DEFENDIDA A 13 DE DEZEMBRO

(SENDO APPROVADA COM DISTINCÇÃO)

POR

Francisco Coelho Gomes

NATURAL DO RIO GRANDE DO SUL

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

EX-INTERNO, POR CONCURSO, DA CLINICA OPHTHALMOLOGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA CÔRTE

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OPHTHALMOLOGICA

ESTUDO CLINICO DA CONJUNCTIVITE GRANULOSA

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA

ATROPINA

CADEIRA DE ANATOMIA TOPOGRAPHICA E MEDICINA OPERATORIA

ESTUDO CRITICO DOS TRATAMENTOS EMPREGADOS CONTRA OS TUMORES DO SEIO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

QUAL O TRATAMENTO QUE MAIS APROVEITA NOS CASOS DE ANEURISMAS DA AORTA?

RIO DE JANEIRO

Typ. de G. Leuzinger & Filhos, Rua do Ouvidor 31

1883

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro Dr. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro Dr. ANTONIO CORRÊA DE SOUZA COSTA.

SECRETARIO

Dr. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães. *(Examinador)*	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió *(Presidente)*	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologia.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetrica.
Claudio Velho da Motta Maia	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Conselheiro Antonio Corrêa de Souza Costa	Hygiene e historia da medicina.
Conselheiro Ezequiel Corrêa dos Santos	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem	Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa	
Conselheiro Vicente C. Figueira de Saboia	Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro	
Hilario Soares de Gouvêa *(Examinador)*	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho *(Examinador)*	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Drs.:

Augusto Ferreira dos Santos	Clinica medica e mineralogia.
Antonio Caetano de Almeida *(Examinador)*	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

Drs.:

José Maria Teixeira	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologia.
....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologia.
....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Francisco de Castro	Clinica medica de adultos.
Eduardo Augusto de Menezes	
Bernardo Alves Pereira	
Carlos Rodrigues de Vasconcellos	
Ernesto de Freitas Crissiuma	Clinica cirurgica de adultos.
Francisco de Paula Valladares	
Pedro Severiano de Magalhães	
Domingos de Góes e Vasconcellos	
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas syphiliticas.
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica.
....	Clinica psychiatrica.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

A' MEMORIA

DE MEU EXTREMOSO PAI

e

DE MEUS QUERIDOS IRMÃOS

Saudade eterna.

A MINHA ADORADA MÃI

. . . .

A MEUS IRMÃOS

AO MEU CUNHADO

A MEUS PRIMOS E BONS AMIGOS

Luiz Gonçalves de Azevedo

Joaquim Teixeira da Costa Leite

e suas Ex.^mas familias.

Gratidão eterna.

AOS MEUS PARENTES AMIGOS

AOS MEUS SINCEROS AMIGOS

AO MEU MESTRE E AMIGO

O Ex.^mo Sr. Dr. Hilario Soares de Gouvêa.

Homenagem á sciencia e gratidão.

INTRODUCÇÃO

A conjunctivite granulosa tambem é conhecida sob os nomes de granulações da conjunctiva, trachoma, e em uma epocha muito mais remota, a denominavam de ophthalmia egypcia, ophthalmia contagiosa dos exercitos, etc., etc.

Esta molestia chamou a attenção pela primeira vez em 1791, epocha em que o exercito francez desembarcado no Egypto foi por ella atacado.

Mais tarde foi por elle levada para França, ahi apparecendo sob a fórma de uma grave epidemia, passando em seguida ao estado endemico. Propagou-se tambem até a Belgica, onde grassou com grande intensidade nas fileiras do exercito, produzindo estragos incalculaveis.

A devastação foi tão consideravel, que em 1833 o governo Belga nomeou uma commissão dos vultos mais eminentes da classe medica, com o fim de estudar cuidadosamente o mal.

O seu apparecimento não limitou-se sómente a estes pontos; extendeu-se dentro de pouco tempo por toda a Europa. Os exercitos eram as maiores victimas da conjunctivite granulosa.

O desenvolvimento da conjunctivite granulosa entre nós, coincide com a importação dos infelizes Africanos, parecendo portanto ter vindo junctamente com elles.

Em 1798, entre outras epidemias apontadas pela commissão de medicos mais distinctos desta cidade, encarregada de estudar as molestias epidemicas do Rio de Janeiro, figura entre as de sarampão, variola, sarna, etc., a de graves ophthalmias nos depositos de Africanos do Vallongo, que se propagava pela cidade, levada pelos escravos alli comprados.

Depois desta data, varias outras epidemias appareceram nas epochas da maior actividade do trafico; sendo que as mais notaveis, foram as de 1831 e 1846, que fizeram grande numero de victimas.

Tudo indica que estas conjunctivites epidemicas, eram conjunctivites granulosas.

Depois do apparecimento desta molestia na Europa, foi que importantes estudos começaram a ser feitos, com o fim de descobrir-se a sua origem, natureza e o meio de combatel-a.

Sobre estes pontos em questão, reinou durante muito tempo grande duvida e confusão; hoje porém, graças á alguns vultos eminentes da sciencia, como Sattler, Iwanoff e outros, parece que a questão, se não está de todo resolvida, ao menos o está em grande parte.

Discutiremos cada um destes pontos interessantes nos capitulos competentes.

Para marcharmos de accôrdo com o enunciado do nosso ponto, occupar-nos-emos em um primeiro capitulo da descripção da molestia e sua marcha; procuraremos depois differençal-a de outras com que se possa confundil-a, e em seguida estudaremos seu prognostico; terminado isto, discutiremos a parte anatomo-pathologica e depois as causas capazes de produzir as granulações.

Concluiremos a nossa tarefa com o tratamento. Nesta ultima parte faremos destacar o *jequirity*, medicamento nacional e muito recentemente empregado, e a quem está reservado na therapeutica ocular um pedestal de gloria.

DISSERTAÇÃO

DESCRIPÇÃO

Grande confusão ainda reina na descripção desta molestia. Quasi todos os authores apresentam divisão differente.

Uns têm dividido a conjunctivite granulosa em granulações *vesiculosas e carnudas.* Outros em *secretantes* e *não secretantes.*

Têm ainda outros a descripto sob as denominações de *granulações miliares*, *papillares*, *avelludadas*, *fungosas*, *molles*, *duras*, *folliculares*, etc., etc. Finalmente tem-se ainda dividido em trez periodos: *agudo, super-agudo* e *chronico.*

Por este sem numero de divisões vê-se a anarchia que existe ainda neste ponto da pathologia ophthalmologica.

Como E. Meyer dividiremos a conjunctivite granulosa em *aguda* e *chronica.* Esta é a que parece melhor se adaptar á observação clinica.

de Wecker em seu tratado de ophthalmologia adopta a classificação de Saemisch, descrevendo o trachoma como a unica fórma da verdadeira granulação. Não consideramos o trachoma como uma entidade morbida, mas sim como uma phase da molestia, isto é, como a representante da chronicidade, da indolencia.

Saemisch, de Wecker e outros, que excluem a granulação aguda, procuram mostrar a differença que ha entre ella, que dizem ser verdadeiros folliculos, e o trachoma.

Não contestamos esta differença porque admittimos as phases. É certo porém que o nome de granulações veio dos folliculos ou pequenos granulos, que se mostram na conjunctiva, quer no estado agudo, quer no chronico.

Conjunctivite granulosa aguda.— Observando um doente de conjunctivite granulosa, e interrogando-o sobre os seus soffrimentos, ouvimol-o queixar-se de sensação de corpo estranho e de fortes

dôres no olho, que se propagam para a fronte e a metade da cabeça.

A primeira manifestação da molestia é uma consideravel injecção, não só do tecido conjunctival como tambem do sub-conjunctival. As palpebras apresentam um edema bastante consideravel.

Esta injecção não se limita só a invadir a conjunctiva palpebral, mas ataca tambem a bulbar, prolongando-se até o limbo conjunctival.

Quando isto acontece, vemos a cornea completamente cercada por este tecido conjunctival fortemente edemaciado, e se apresentando como se estivesse incravada no seu centro.

Se voltarmos as palpebras, notaremos a vascularisação consideravelmente desenvolvida. A mucosa torna-se escarlate, turgida e coberta de papillas pouco proeminentes, como se nota na conjunctivite catarrhal e purulenta. Esta intumecencia resulta d'uma leve transudação serosa, e do desenvolvimento do systema vascular da conjunctiva.

Examinando attentamente, veremos entre estas papillas moderadamente desenvolvidas, pequenas manchas arredondadas e esbranquiçadas, cuja grandeza varia e que se tem comparado a uma cabeça de alfinete.

Ellas se elevam muito pouco acima da conjunctiva. Para conseguirmos vêl as de um modo mais facil e patente, basta introduzirmos debaixo da palpebra superior virada a ponta de um dos dedos no fundo de sacco, e com os outros com que sustentamos a palpebra, a comprimiremos de encontro ao que está por baixo. Produzimos deste modo uma ischemia na palpebra, e observamos então perfeitamente as taes manchas.

Estes granulos que acabamos de descrever, são o caracter pathognomico da conjunctivite granulosa aguda.

Nesta phase existe ordinarimente uma secreção pouco abundante, que póde por uma circumstancia qualquer tornar-se muito intensa e servir de meio para atalhar a molestia.

Os doentes conservam constantemente seus olhos fechados, por causa da photophobia que acompanha esta affecção. Ha um lacrymejamento constante, e quando se separam as bordas palpebraes, que

se acham fortemente applicadas uma contra a outra, vê-se correr uma certa quantidade de liquido lacrymal accumulado dentro das palpebras, e que os doentes dizem produzir a mesma sensação que um liquido quente.

Já dissemos que havia nesta molestia uma forte hyperhemia generalisada. Esta generalisação tende sempre a progredir.

A cornea apresenta quasi sempre diminuição no seu brilho, ás vezes mesmo desfraldada do seu epithelio, nos pontos em contacto mais constante com a conjunctiva alterada; e em muitos casos verdadeiros *pannus,* mais ou menos vascularisados.

Para observarmos este phenomeno não precisamos sempre de recorrer á illuminação obliqua, aliás o melhor meio de o fazer, pois que ha occasiões em que os vasos são tão desenvolvidos, que se observam á distancia; não são raros estes casos, que já temos tido occasíão de ver em numero consideravel.

Recorrendo tambem á illuminação obliqua, podemos ver opacidades sub-epitheliaes, e além disto, notam-se nas partes periphericas da cornea pequenas perdas esparsas de epithelio, que não tardam muito a se desenvolver e se transformar em ulcerações de dimensões variaveis, que adquirem logo uma vascularisação particular.

A conjunctivite granulosa aguda póde terminar de duas maneiras: ou as granulações vão pouco a pouco desapparecendo, sem deixar vestigio algum depois de sua cura completa; ou pelo contrario, vão tornando-se de mais a mais accentuadas, passando ao estado chronico ou *trachoma.*

CONJUNCTIVITE GRANULOSA CHRONICA OU TRACHOMA. — É esta fórma da conjunctivite granulosa que ordinariamente é conhecida sob a denominação de trachoma, que exprime como já dissemos, a idéa de chronicidade.

O trachoma percorre differentes phases que á primeira vista poderiam parecer outras tantas formas de molestia; entretanto um observador experimentado não poderá enganar-se. Estas phases não são mais do que o resultado da evolução da mesma molestia, combinando-se com diversos gráos de inflammação.

Trez são as phases que ordinariamente percorre o trachoma; dellas nos occuparemos successivamente.

Na primeira, a que alguns têm denominado de granulações simples, os phenomenos inflammatorios são muito pouco sensiveis, e algumas vezes faltam completamente durante toda a evolução morbida.

Torna-se desta maneira pois, imperceptivel, a evolução do mal que apresenta-se insidiosa e traiçoeiramente. Muitas vezes os olhos se acham atacados pelas granulações, e os individuos de nada se queixam, a não ser, o que póde acontecer, um certo incommodo sob a influencia da luz, ou de certos outros agentes mais ou menos irritantes, taes como o pó, a fumaça, etc.

A evolução póde tornar-se muito mais traiçoeira nas pessoas que têm as palpebras muito laxas, em que as granulações podem desenvolver-se á vontade, se denunciando sómente em um estado de exuberancia exagerado.

A secreção que existe nesta phase é quasi nulla, e apparece quando os olhos se conservam durante muito tempo fechados. Pela manhã encontram-se as palpebras ligeiramente colladas.

A palpebra superior ressente-se de uma certa difficuldade em levantar-se, e a inferior não adapta-se tão perfeitamente ao globo do olho como de ordinario sóe acontecer. Por causa da diminuição da fenda oculo-palpebral determinada por este mechanismo, os olhos trachomatosos parecem menores.

As granulações apparecem, ora isoladas, ora em grupos irregulares, e tomam o aspecto de tapioca cosida. Se desenvolvem com mais intensidade sobre a conjunctiva do tarso superior, e muito raramente sobre a bulbar, proximo aos angulos dos olhos.

Durante muito tempo passa o doente sem que phenomeno algum lhe denuncie esta terrivel molestia; quando, porém, as granulações têm attingido a um alto gráo de desenvolvimento, as conjunctivas palpebral e bulbar se vascularisam mais ou menos, e do limbo conjunctival partem finos vasos que vão ter á camada subepithelial da cornea, formando dest'arte um *pannus*, que constitue uma complicação constante do trachoma.

É neste estado adiantado da molestia, que os doentes queixam-se de peso, ardor, sensação de corpo estranho muito desagradavel, e que recorrem aos soccorros da sciencia.

Logo que as granulações têm chegado a um certo gráo de desenvolvimento, a conjunctiva se resente e se inflamma; as papillas se intumecem e tornam-se proeminentes. Com esta metamorphose da conjunctiva, termina a primeira phase e começa a segunda, que tem sido chamada *granulações mixtas de Stellwag*.

Nesta segunda, já não encontramos sómente as granulações trachomatosas, mas ao lado dellas vemos papillas bem desenvolvidas, constituindo a *conjunctivite papillar* de alguns authores.

Quando se falla de granulações *mixtas*, não quer dizer que as granulações *simples* tenham rigorosamente precedido áquellas. Mais vezes acontece que as granulações são acompanhadas desde o começo do seu desenvolvimento de uma fraca inflammação, que traz como consequencia a intumecencia das papillas hypertrophiadas, que se misturam com as granulações.

Ainda é nesta phase que observamos que as granulações chegando a um certo gráo de desenvolvimento, se cobrem de uma rede vascular mais ou menos pronunciada, conforme a intensidade da molestia, e formam deste modo um grande numero de proeminencias vermelhas sobre a mucosa palpebral, e d'ahi se propagando sobre muitos outros pontos, taes como a dobra conjunctival, a conjunctiva bulbar, caruncula e a prega semi-lunar. Nota se emfim neste periodo uma pequena secreção muco purulenta.

A terceira phase é caracterisada pela invasão de novas granulações, que vêm reforçar as primeiras que já tem perdido sua fórma redonda bem circumscripta, tornando-se diffusas, e se distinguindo com uma certa difficuldade das papillas, sómente por uma côr mais clara.

Ha tal intumecencia e achatamento das papillas, que fazem corpo com as granulações. Depois desta fusão das papillas e granulações, não se póde mais distinguil-as no meio de massas vermelhas e gelatinosas ou carnudas, que se observam na conjunctiva.

As granulações e papillas tomam um aspecto muito variavel;

algumas vezes são excrescencias pediculadas, cujos pediculos são largos, e se vão perder no meio da mucosa degenerada.

Estas excrescencias por vezes têm a fórma conica ou polyposa, e formam vellosidades isoladas ou em filas separadas por sulcos, que se tornam visiveis pela distensão da conjunctiva. Outras vezes esta mucosa toma o aspecto de fungosidades vegetantes. As granulações perdem o seu aspecto acinzentado, que vai ser substituido pelo vermelho mais ou menos intenso. As papillas tomam a côr vermelha acinzentada, assemelhando-se deste modo, muitissimo ás granulações. Em taes condições é muito difficil senão impossivel a distincção entre si.

A conjunctiva soffre uma infiltração lymphoide, que attinge a proporções taes, que as palpebras augmentam notavelmente de espessura. A superficie interna torna-se lisa, naturalmente pela pressão das palpebras, que são mantidas sobre o globo ocular.

Desde que observamos, como acabamos de expôr, alterações profundas, quer para o lado das granulações, quer para o das papillas, devemos suppor que a mucosa onde estes elementos estão implantados, é tambem campo de alterações. Estas consistem em degenerecencia fibrosa, atrophiando-se depois e deixando como consequencia um tecido cicatricial muito consistente, de uma côr branca acinzentada, lusidio e privado de vasos.

Estas cicatrizes consecutivas ás granulações são de uma grande importancia no estudo das complicações corneanas, que existem no trachoma. São companheiras inseparaveis das granulações chronicas ou trachoma, e como se desenvolvem com mais frequencia na conjunctiva da palpebra superior, é ahi que encontra-se maior numero de cicatrizes, que extendem-se até o fundo de sacco.

Estas cicatrizes são mais ou menos parallelas á borda livre do tarso, e se prolongam até aos angulos dos olhos. Quando as granulações têm sido muito abundantes, as cicatrizes resultantes são tão fortes que produzem verdadeiros sulcos, tambem parallelos á borda livre da palpebra, levando-a para dentro de encontro ao globo do olho, dando desta sorte logar a formação do *entropion trachomatoso*.

Destas cicatrizes longitudinaes partem outras, que se irradiam para o fundo de sacco, e produzem tracções sobre a conjunctiva bulbar, de modo a fazel-o desapparecer.

A desorganisação de que é victima o tarso, attinge ás vezes a um gráo tão consideravel, que póde ser reduzida a uma facha de mui pequena espessura.

MARCHA E TERMINAÇÃO

Quando nos occupámos, na descripção, com a conjunctivite granulosa aguda, dissemos que de dois modos podia ella terminar: ou pela cura, ou pela passagem ao estado chronico ou trachoma.

A primeira hypothese é a que mais vezes tem logar e dentro de um periodo pouco longo, que póde ainda ser diminuido, pela invasão de uma inflammação muito consideravel, que facilita a absorpção das granulações.

Nem sempre esta marcha tão regular dá-se; acontece ás vezes que o processo inflammatorio, indispensavel para produzir a absorpção das granulações, torna-se insufficiente, e então ellas tornam-se de mais a mais proeminentes na conjunctiva, passando á fórma trachomatosa.

A conjunctivite granulosa aguda não deixa depois de sua cura vestigio algum de cicatriz na conjunctiva. Este caracter distingue perfeitamente o periodo agudo do chronico.

Da exposição que fizemos do trachoma, podemos concluir que sua marcha é essencialmente chronica.

O trachoma desenvolve-se, como já tivemos occasião de dizer, de uma maneira insidiosa, e passa no seu começo quasi sempre desapercebido do doente.

Esta marcha chronica e indolente póde muitas vezes ser interrompida no principio do mal por uma inflammação aguda, que perturbando a marcha habitual da molestia, favorece o seu desapparecimento quasi sempre. O mais commum porém, é seguir a marcha chronica e percorrer as diversas phases já descriptas.

No curso das granulações chronicas vemos que as transformações por que passam, não são uniformes, isto é, que, ao passo que um certo numero dellas chega á phase final, outras conservam-se em sua phase inicial; de modo que, em uma mesma palpebra observamos granulações em via de cicatrisação, ao lado de outras já cicatrisadas; transformação fibrosa da conjunctiva, ao mesmo tempo que em outros pontos notamos hypertrophias papillares e nova invasão de granulações.

A marcha do trachoma é muitas vezes interrompida por successivas recahidas; de modo que, quando nos parece que o mal vai chegar ao seu termo, novo reforço de granulações apparece.

A cicatrisação é a consequencia infallivel e irremediavel do trachoma.

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL

Ha algumas molestias com que a conjunctivite granulosa póde confundir-se, mas felizmente temos caracteres entre umas e outras que nos permittem distinguil-as.

Na fórma aguda, a conjunctivite granulosa póde ser tomada por uma conjunctivite purulenta; nesta affecção a injecção conjunctival e o desenvolvimento papillar são muito mais pronunciados que na granulosa. Além disto a infiltração serosa é menos intensa nesta do que n'aquella.

A secreção tambem vem em auxilio deste diagnostico; ella é ordinariamente menos exagerada nas granulações agudas, do que na conjunctivite purulenta. Acontece porém, algumas vezes que a secreção que existe na fórma aguda, de ordinario insufficiente a produzir a absorpção das granulações agudas, deixando-as passar ao estado chronico, exagera-se a tal ponto que é muito difficil distinguir-se esta purulencia da de uma verdadeira conjunctivite purulenta.

O ponto capital do nosso diagnostico differencial é a presença das granulações, que são como já dissemos, pequenas ele-

vações palidas, lenticulares, que são mais abundantes na conjunctiva do tarso superior, e ahi mais facilmente observadas. Poderia parecer á primeira vista que existindo as granulações, nenhuma confusão mais haveria entre a conjunctivite granulosa e a purulenta. Isto não dá-se, porque na conjunctivite purulenta, as papillas se hypertrophiam muito, e seriam tomadas por granulações se não se examinassem cuidadosamente.

Encontramos logo differença na fórma das granulações, que são arredondadas, semi-esphericas e de base larga, emquanto que as papillas hypertrophiadas são mais allongadas. A papilla hypertrophiada é muito rica de vasos que vão até a sua superficie, communicando-lhe a côr rubra, que não tem as granulações. Por mais descoradas que sejam as papillas nunca attingem a diaphaneidade das granulações.

Finalmente as granulações se desenvolvem nas conjunctivas palpebral e bulbar, e tambem sobre a cornea, emquanto que nos casos de conjunctivite purulenta com hypertrophia papillar, encontra-se esta sómente na conjunctiva palpebral.

Nos casos de trachoma encontramos sempre cicatrizes; na conjunctivite purulenta que tem sido submettida a cauterisações energicas, tambem podemos encontral-as. Quando existem ainda algumas granulações, distinguem-se estas por seus caracteres, daquelle estado cicatricial da conjunctivite purulenta, mas quando observamos conjunctivas cicatrizadas e onde a molestia, que determinou este estado tenha totalmente desapparecido, não podemos saber qual foi a natureza desta entidade morbida.

O catarrho da conjunctiva póde dar lugar a uma hypertrophia papillar, que só por grande descuido, poderia ser confundida com as granulações. A differença entre estas e as papillas são as mesmas estabelecidas.

A conjunctivite granulosa assemelha-se muito á degenerescencia amyloide da conjunctiva, mas apezar desta semelhança temos caracteres pelos quaes podemos distinguil-a.

A degenerescencia amyloide é caracterisada por uma hypertrophia da conjunctiva muito consideravel, deixando vêr nos pontos

doentes uma côr amarellada, diaphana e gelatinosa. Na espessura da mucosa doente notam-se massas arredondadas, diaphanas e muito semelhantes ás granulações diffusas, onde tenha havido uma forte infiltração lymphoide generalisada.

A conjunctiva atacada de degenerescencia amyloide, apresenta uma uniformidade e igualdade admiraveis no seu espessamento, o que não se encontra nas granulações.

Segundo observou Leber, esta massa gelatinosa é coberta de uma rêde continua de capillares, que podem deixar de existir; neste caso esta massa toma o aspecto, como diz Œttigen, de uma camada de cêra que tivesse corrido sobre os tarsos, offerecendo a mesma consistencia que esta materia.

Além da regularidade da vascularisação capillar, que cobre esta massa gelatinosa, temos aquelle caracter descripto por Œttingen, para distinguir as granulações da degenerescencia amyloide. Esta tende sempre a se localisar, preferindo a metade superior do fundo de sacco e prega semi-lunar; a conjunctivite granulosa pelo contrario se generalisa immediatamente.

As palpebras na degenerescencia amyloide se apresentam muito mais intumecidas e duras do que nas granulações; a conjunctiva atacada se hypertrophia de tal modo, que pode fazer hernia entre as bordas palpebraes, o que não se observa nas granulações. Nestas não se encontra tendencia á hemorrhagias, que existe na degenerescencia, por causa de sua grande vascularisação.

Finalmente, a conjunctivite granulosa é muito contagiosa, não existindo n'um olho que não passe immediatamente para o outro; a degenerescencia amyloide não é contagiosa e se limita quasi sempre a um olho não se propagando para o outro. Existe muito tempo em tratamento com o nosso professor, uma doente de degenerescencia amyloide no olho direito, sem que o esquerdo se resinta deste mal.

Vem-nos tirar toda e qualquer duvida sobre a differença destas duas molestias, o exame microscopico, que nos demonstra que esta degenerescencia amyloide é constituida por uma massa composta de uma substancia branca, na qual existem corpusculos de gran-

deza variavel, de um aspecto luzidio, dando pelo iodo e acido sulfurico a reacção dos corpos amyloides.

Quando se abusa de certos collyrios, principalmente dos de atropina e ezerina, apparece uma conjunctivite follicular, que se differença da granulosa aguda não só por sua causa, como tambem por sua marcha.

PROGNOSTICO

O prognostico desta molestia é muito variavel.

Para o fazermos devemos ter em vista o periodo da molestia. Assim, se observarmos um individuo no primeiro periodo, isto é, no periodo de granulações agudas, devemos fazer um prognostico mais favoravel do que no segundo, pois que no primeiro caso termina-se sempre pela cura e sem cicatrisação.

Deve-se porém, ter em vista combater radicalmente todas as granulações, pois uma só que fique dá origem a novas.

É muito grave o prognostico no periodo trachomatoso, não só porque a molestia torna-se muito pertinaz, como tambem pelas graves alterações que soffrem as palpebras e as corneas, que se transformam mais ou menos, e podem ser totalmente destruidas, determinando perturbações mais ou menos pronunciadas da visão, e mesmo cegueira completa.

COMPLICAÇÕES

Não é limitado o numero de complicações que encontramos na marcha das granulações.

As conjunctivas palpebraes, cuja superficie lisa e escorregadia, têm como uma de suas mais nobres funcções lubrificar o globo ocular e a cornea, tornam-se asperas, se transformando em verdadeiras lixas, já pela exuberancia das papillas, já pelo desenvolvimento das granulações, já finalmente pela formação de cicatrizes; de sorte que longe de preencherem este grato mister, irritam,

limam por assim dizer a superficie da cornea, dando lugar a inflammações com ulcerações mais ou menos extensas.

Estas ulcerações cicatrisando-se, deixam em seguida leucomas simples ou adherentes, que representam uma grave complicação, pela grande perturbação que algumas vezes produzem na visão.

No fim de algum tempo apparece uma vascularisação muito notavel sobre a cornea, sobretudo na sua metade superior. Ha em seguida uma proliferação de cellulas epitheliaes, e um grande numero de cellulas novas se desenvolve entre a camada epithelial e a membrana de Bowman, dando lugar ao *pannus*. A séde de predilecção deste, é na metade superior da cornea, e se explica pelo desenvolvimento mais consideravel das granulações na palpebra superior e pelo contacto constante da parte superior da cornea com a conjunctiva alterada.

Sua frequencia ahi é tão importante, que sómente pelo *pannus* limitado na parte superior da cornea, póde-se diagnosticar, com todas as probabilidades de acertar, uma conjunctivite granulosa. Não leva muito tempo limitado neste ponto, propagando-se em seguida para todo o resto da cornea, que até então se conservava intacto.

A resistencia da cornea, diminuida em consequencia de ulcerações, exsudações inflammatorias, etc., deixa-se levar pela pressão intra-ocular e determina staphylomas. Quando a perda de substancia é circumscripta e marcha rapidamente, póde dar-se uma perfuração, acompanhada ou não de prolapso da iris.

Estas desordens para o lado da cornea, não são sómente produzidas pelas conjunctivas palpebraes alteradas, mas tambem pelo desenvolvimento de verdadeiras granulações que se formam *in-loco* e se generalisam em toda sua superficie.

Segundo observações feitas pelo nosso muito distincto professor, o Sr. Dr. Hilario de Gouvêa, em suas lições, frequentemente observam-se complicações de irites, nos casos de serias complicações corneanas, filiadas, segundo elle pensa, ás affinidades de nutrição, que existem entre a cornea e a iris. Estas irites não raramente terminam por synechias circulares, quando os mydriaticos não são applicados opportunamente.

A conjunctiva é substituida por uma larga cicatriz, que póde obliterar os conductos excretores da mucosa da glandula lacrymal, favorecendo dest'arte, o apparecimento de um xerosis da conjunctiva ocular e da cornea, mais ou menos alteradas em sua constituição anatomica.

As granulações são algumas vezes complicadas em sua marcha, por um catarrho agudo ou chronico, ou por uma conjunctivite purulenta. Apparecem algumas vezes tambem abcessos na cornea.

Vamos encontrar repercussão dos effeitos maleficos desta molestia, até nos orgãos lacrymaes. As cicatrizes conjunctivaes se extendem até a glandula lacrymal, produzindo alterações na eliminação das lagrimas.

Sobre as vias lacrymaes ou nas proximidades dos conductos, sobre a préga semi-lunar, encontra-se um verdadeiro tecido neoplasico que pelo obstaculo que produz na sucção das lagrimas por estes conductos, dá logar a um lacrymejamento constante.

Uma complicação que se observa bastantes vezes é o desvio da borda livre da palpebra, dando logar ao entropion. Algumas vezes não ha desvio completo da borda e sim parcial, em consequencia de cicatrisações limitadas. Quando isto acontece alguns bulbos pilosos e cilios são desviados, produzindo o *trichiasis*.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Sobre a natureza da conjunctivite granulosa, reinavam na sciencia e ainda reinam hoje, grandes duvidas, entre os authores, que della se têm occupado.

Querem alguns que as granulações se desenvolvam á custa dos elementos physiologicos da conjunctiva, emquanto que outros consideram-na como uma verdadeira neoplasia, e por conseguinte inteiramente independente destes elementos physiologicos.

Dividiremos este capitulo em duas partes; na primeira, occupar-nos-emos rapidamente do estado pathologico da fórma aguda,

que pouco de interessante nos offerece; na segunda da chronica, que é muito importante.

Na fórma aguda, notam-se sobre as conjunctivas edemaciadas, folliculos lymphaticos mui numerosos. Estes granulos folliculares têm uma superficie lisa, são semi-transparentes e têm uma fórma ovalar, de que o grande eixo é parallelo á borda palpebral. A extensão destes granulos é variavel. São dispostos em filas lineares que acompanham as prégas da conjunctiva; são achatados, e este achatamento é devido provavelmente á pressão da palpebra sobre o globo ocular, apresentando-se sob a fórma de manchas esbranquiçadas, arredondadas e ligeiramente elevadas ao nivel da mucosa.

Estes granulos folliculares são separados por um involucro especial do resto da conjunctiva. São pallidos e desprovidos de vasos.

Saemisch examinando microscopicamente estes folliculos, notou que elles eram formados por um accumulo de cellulas lymphoides, dispostas em grupos de 2 a 4 millimetros de diametro.

Neste estado agudo, o exame anatomo-pathologico nos mostra que tudo depende dos elementos physiologicos da conjunctiva alterados. Estes granulos não são mais do que folliculos lympathicos hypertrophiados e fechados.

Nenhuma modificação encontramos na conjunctiva, depois da cura de uma conjunctivite granulosa aguda. Não vemos cicatrizes, nem deformações das palpebras, nem tão pouco perturbações physiologicas da mucosa.

Feito muito resumidamente o estudo da primeira parte, isto é, da fórma aguda das granulações, passaremos ao da segunda, que apresenta muitissimo interesse sob muitos pontos de vista.

Como infelizmente nada temos de pessoal sobre esta parte, procuraremos seguir os estudos muito interessantes feitos sobre o trachoma por Ywanoff, no Egypto, onde elle encontrou material abundante, pois que, ahi pode-se dizer que raro é o cadaver que não tenha vestigios de trachoma.

Ywanoff observou glandulas tubulosas nas conjunctivas destas palpebras, na proporção de setenta por cento. O numero e o desenvolvimento destas glandulas eram variaveis.

Ellas existem em todos os casos pathologicos, e são companheiras inseparaveis do trachoma, existindo sempre ao lado das granulações, Quando existem cercadas de numerosas cellulas, o que póde acontecer, o exame microscopico nos mostra grande analogia entre ellas e as granulações.

Nem todos os authores que se têm occupado deste ponto da anatomia pathologica, estão de accordo com Ywanoff, isto é, que estas glandulas tubulosas por elle descriptas, não são verdadeiras glandulas, mas sim, sulcos profundos formados por papillas hypertrophiadas. Sattler, Horner e outros são desta opinião.

Nuel compartilha da opinião de Ywanoff; observou estas glandulas tubulosas na conjunctiva de um doente de sarcoma choroidiano por elle operado. Deu conta destas observações ao congresso de Amsterdam.

Estas *glandulas tubulosas* são allongadas, revestidas de epithelio, composto de duas camadas de cellulas redondas, e de cellulas cylindricas curvadas superficialmente.

Nuel diz ter observado no caso por elle examinado, grandes cellulas de conteudo hyalino, e outras menores do que as precedentes, cylindroides e contendo elementos granulados. Algumas destas podem attingir maior volume que as de conteúdo hyalino, e reverter a forma polygonal.

« O conteúdo *das glandulas tubulosas* é formado de uma massa finamente granulosa, graxa, com detritos de cellulas, analoga pelo aspecto, ás glandulas de Meibomius. Estas glandulas são cercadas por grande numero de cellulas lymphoides, que infiltram os tecidos visinhos, sobretudo perto do conducto excretor e no fundo da glandula. Ellas se encontram na camada snb-epithelial de nova formação da conjunctiva; sua espessura attinge a do tarso algumas vezes. Seu numero é variavel. A superficie da conjunctiva nenhuma alteração soffre com a presença destas glandulas; o epithelio cobre todos os conductos excretores. Levantando-se o epithelio, se descobre com o auxilio da lente, uratos sob a fórma de pontos, e algumas vezes de pequenas fendas.

O aspecto destas glandulas lembra o das tubulosas, sobretudo

do grosso intestino. Quando existem na conjunctiva, esta é atravessada em toda a sua espessura por tubos epitheliaes, que se mostram perfeitamente circulares por uma secção transversal, o que seria muito bastante para se diagnosticar glandulas tubulosas. « Negar a natureza glandular dos nossos tubos, diz Nuel, é tão arbitrario como contestar a mesma dignidade aos cryptos estomacaes de natureza glandular. Demais, são glandulas secretando um producto mucoso. »

Todos os authores não estão de accordo sobre o ponto de partida destas glandulas, isto é, si são elementos de nova formação ou se são sómente hypertrophia de formações preexistentes.

Alguns pensam que estas glandulas existem normalmente na conjuctiva. Nuel julga que uma parte do epithelio conjunctival da palpebra normal tem o valor de um epithelio glandular, e que a causa efficiente desta formação, deve ser procurada nas condições mechanicas, estabelecidas pelo enorme desenvolvimento das papillas, e partindo dos valles interpapillares muito profundos.

Iwanoff nega a influencia papillar no desenvolvimento glandular, e que tenham um ponto de partida em glandulas preexistentes; finalmente diz que apparecem no pannus trachomatoso, o que prova sua dependencia intima com o processo trachomatoso.

« Notou tambem Iwanoff sobre a palpebra superior, *depressões superficiaes da conjunctiva*, onde todas as camadas epitheliaes desta mucosa penetram. As camadas superficiaes do epithelio cylindrico são as mais das vezes modificadas, as cellulas são comprimidas e arredondadas; no seu interior achou grandes vesiculas transparentes, que se reunem ás vezes em uma maior, repellindo o nucleo e deixando o protoplasma de lado. As glandulas são cercadas de uma rede capillar.

Além disto, Iwanoff encontrou tambem sobre a conjunctiva pequenos kystos, a que elle denominou *kystos de retenção*. Não só elle como Berlin explicam a formação destes kystos no trachoma, pela formação de cicatrizes sobre os conductos efferentes das glandulas. Ora estas cicatrizes comprimem de tal maneira estes conductos, que é impossivel a eliminação da secreção glandular, que

é retida e accumulada, dando lugar em seguida á distenção da glandula, que fórma assim o *kysto de retenção.* Levantando-se o epithelio que reveste estes conductos efferentes estreitados, se mostram debaixo da fórma de um ponto que não é sempre central. O conteudo varía; apresenta ás vezes granulos semelhantes pelo seu aspecto aos corpusculos amyloides. Estes kystos soffrem ás vezes infiltração densa de cellulas, que lhe dão grande semelhança com as granulações trachomatosas.

Finalmente ainda Iwanoff descreveu umas glandulas que se communicam entre si por, canaliculos que vão a varios pontos e são revestidos de epithelio. Estas glandulas tomaram o nome de *glandulas recticuladas* (agminées).

Quando acontece uma conjunctiva trachomatosa ser atacada por uma blenorrhagia, vemos a mucosa infiltrada em toda a sua espessura, por cellulas de pus. Quando esta infiltração não se tiver dado totalmente, vamos encontrar as cellulas purulentas grupadas em redor das glandulas, tendo um ou outro globulo de pus penetrado em sua espessura.

Com esta invasão de pus, o epithelio que reveste as glandulas é alterado; as cellulas cylindricas transformam-se em vesiculas, cujos limites não são bem determinados, e que vão occupar o interior das glandulas. O epithelio redondo altera-se mais difficilmente, dando lugar sómente a subdivisão de nucleos.

Quando a infiltração é bastante intensa, todo o epithelio é destruido; as glandulas tambem o são, dando lugar a substituição de seu conteudo por uma massa amorpha com globulos purulentos. Ellas diminuem dentro de pouco tempo e mesmo desapparecem totalmente.

A granulação trachomatosa fórma uma proeminencia na mucosa conjunctival, continuando por sua base, sem limites precisos, com o stroma da conjunctiva. Ella é coberta em sua superficie por uma camada epithelial. Sua base é composta de um stroma de tecido cellular, que partindo da conjunctiva, vai diminuindo á proporção que se approxima da superficie da granulação.

Este stroma conjunctival desapparece em certo ponto, para

ser substituido por uma massa de cellulas, que tornam-se de mais a mais compactas, á medida que se approximam da superficie, não deixando ver no seu interior outros elementos a não ser alguns vasos em diversos pontos. Um ou muitos delles partem do stroma conjunctival, se dirigem para a granulação, se ramificando até perto da sua superficie epithelial.

Estas cellulas que partem do stroma conjunctival, e que vão-se accumular debaixo do epithelio, são arredondadas, e parecem re-resultar da diapedese da rede vascular da granulação. O numero de cellulas augmenta, á medida que as granulações tambem augmentam, e os elementos fibrillares do stroma desapparecem.

Quanto mais compacta torna-se esta massa de cellulas, menor é o numero de vasos, e par conseguinte mais pallida torna-se a granulação, chegando mesmo a ficar cinzenta.

Ha um momento em que as granulações vão diminuindo, e então nova invasão de tecido cellular apparece em todos os pontos desta granulação em diminuição. É neste momento que o tecido de cellulas arredondadas é substituido por um de cellulas muito densas, dando lugar desta maneira á cicatrisação.

As conjunctivas, como já dissemos na descripção, apresentam cicatrizes em todas as direcções, que em um estado muito adiantado da molestia, quasi que substituem a mucosa. As alterações mais notaveis são na palpebra superior.

Os tarsos tambem apresentam alterações anatomo-pathologicas, de que a atrophia é a principal. Quando as conjunctivas têm uma grande abundancia de granulações, soffrem uma infiltração lymphoide, que se propaga até as camadas do tarso mais vizinhas da mucosa infiltrada.

Saemisch demonstrou que se desenvolvem no tarso focos de cellulas graxas, que se apresentam debaixo da conjunctiva pallida, sob a fórma de manchas amarellas de extensão variavel. « As glandulas de Meibomius se atrophiam, tornando-se a séde de infarctus, e á medida que as partes degeneradas se absorvem, o tarso se encolhe e mostra uma deformação de mais á mais pronunciada. Esta desorganisação do tarso póde ir até fazel-o des-

apparecer quasi completamente, reduzindo-o a uma tira arredondada de muito pouca espessura.» Esta atrophia dos tarsos dá lugar a varias deformações das palpebras, de que já nos occupamos n'outro lugar.

ETIOLOGIA

A conjunctivite granulosa não escolhe idade nem sexo para o seu desenvolvimento; não obstante faz notar de Wecker que antes dos dez annos e depois dos cincoenta o seu apparecimento é raro. (1)

Ella faz uma grande distincção entre a opulencia e a pobreza; desenvolve-se com grande frequencia nesta e muito raramente naquella.

de Wecker observa que os casos de granulações são raros em sua clinica particular, a mais aristocratica possivel. O mesmo facto observa o nosso professor, aqui na nossa capital, onde esta molestia se desenvolve felizmente com pouca frequencia.

O accumulo de grande numero de pessoas em um pequeno aposento, respirando um ar muito viciado, já pelas exhalações organicas, já pelas más condições hygienicas, são as causas que nos pobres predispoem a conjunctiva a contrahir esta molestia nimiamente contagiosa.

Desde que haja accumulo ha mais facilidade no contagio, e por conseguinte transmissão mais rapida do mal. Muitas vezes observam-se familias inteiras atacadas pela conjunctivite granulosa.

Esta molestia assim como qualquer outra, se desenvolve mais facilmente nos individuos depauperados do que nos que se acham em pleno vigor de saude. Apezar disto, os individuos fortes não são por ella poupados.

As estações não gozam de influencia alguma sobre a molestia. As condições telluricas, porém, não tem pequena influencia sobre

(1) Saemisch indica de um a dez annos 6,9 %, de dez a vinte annos 39,5 %, de vinte a trinta e cinco annos 44,4 % e alem desta idade 9,1 %.

o seu desenvolvimento. Ha logares, como entre nós, onde existe em pequena quantidade, emquanto que em outros abunda muito.

O contagio é a causa primordial desta molestia e a unica bem definida.

Decondé e muitos outros authores o tem dividido em immediato e mediato.

O immediato, isto é, o que se dá pela applicação directa da secreção proveniente de uma conjunctivite granulosa sobre um olho são, não deixa a menor duvida, e todos estão de unanime accordo. Grande numero de factos vem provar isto. Ora são doentes que achando-se em enfermarias tratando-se de molestias inteiramente diversas desta, e onde existem granulosos, acabam por contrahil-a; ora são experiencias feitas propositalmente.

Rara é a familia em que havendo um doente de granulações, não veja o mal se propagar aos outros membros, desde que não haja o mais rigoroso cuidado no isolamento dos doentes.

Desde as mãos, até o mais insignificante objecto de que nos cercamos, podem ser portadores do agente morbigeno.

O contagio mediato não é adoptado por todos. Hoje, porém, está fóra de duvida que este contagio pode dar-se perfeitamente, porque está provado por Sattler, que esta molestia é parasitaria, e por conseguinte os microbios facilmente transportados pelo ar.

É na secreção que encontram-se os elementos de transmissão da molestia. Tem-se procurado saber em qual dos periodos ella transmitte-se mais facilmente. Ora como a secreção é o agente principal da transmissão, e ella existe em todas as phases da molestia, é claro que a transmittirá em todas ellas, mas com muito menos probabilidade nos casos de simples secreção.

Assim como se observa muitas vezes, que a inoculação do pus da conjunctivite blenorrhagica e purulenta não produz o mesmo mal, e que o catarrho inversamente pode determinar o apparecimento de uma conjunctivite purulenta, assim tambem a secreção da granulação, não deve rigorosamente produzir a mesma molestia.

As granulações transmittem-se tanto mais facilmente, quanto mais predisposto estiver o terreno.

Existe em certos individuos uma tendencia a contrahir esta molestia; a ella, de Wecker classifica ao lado das diatheses, e não encontra ligação alguma entre as granulações, a tuberculose e a escrofulose, pois, diz elle, em grandes epidemias de granulações, indistinctamente esta molestia ataca os escrofulosos e os individuos fortes.

Arlt, Gulz e outros authores suppõem que a escrofulose e a tuberculose influem no apparecimento das granulações; pensam deste modo naturalmente, porque encontram os individuos por ellas atacados, muito depauperados.

Este estado é determinado, não pela tuberculose e escrofulose, mas sim pelas causas deprimentes moraes, como tambem pelos soffrimentos de que são victimas os doentes de granulações.

Como já dissemos, foi Sattler que em 1881 procurando a pathogenia das granulações, chegou a provar que eram produzidas por um *micrococcus*.

Depois de um grande numero de tentativas infructiferas, elle conseguio cultival-os seguindo o novo methodo de cultura em terreno solido, usado por Koch.

Para ter-se um bom resultado desta cultura, diz Sattler, devemos ter um cuidado extremo na escolha do material de que vamos nos servir.

Elle exclue a priori os casos de simples secreção, porque estes em geral são considerados pouco ou nada transmissiveis, e emquanto aos casos em que existe secreção purulenta ou mucco purulento, muitos não prestam-se tambem a taes pesquizas, pois, a não haver como na conjunctivite purulenta aguda, abundante secreção que corre continuadamente, o producto secretado escasso é retido nos angulos das palpebras, onde amontoa-se e altera-se frequentemente. Além disto encontra-se em taes secretos as bacterias bacilliformes communs, que levadas ao terreno de cultura, desenvolvem-se com grande rapidez e estragam-n'a.

Prestam-se pois melhor ás pesquizas os casos em observação em clinica estacionaria (enfermaria), porque pode-se retirar total-

mente a secreção e esperar que nova se forme diante do observador. É esta que se deve utilisar como objecto de cultura.

Sattler para a colheita do pus servio-se de tubos de vidros especialmente preparados para tal fim.

Para cultura destes organismos tão delicados e sensiveis, este observador recommenda que se empregue o terreno o mais apropriado até hoje conhecido, que é sem duvida o sero do sangue. É exactamente na preparação do sero sanguineo, que não deve ser esterilisado na temperatura de ebulição, mas sim de 56 a 58°, e gelatinisação na temperatura de 65 e 68°, que se encontram grandes difficuldades. A gelatina deve possuir um certo gráo de succulencia necessaria; logo que ella seque-se ou não consegue-se cultura alguma ou uma insignificantissima se obtem.

Tambem não considera indifferente tomar para tal fim o sangue deste ou daquelle animal, preferindo o do homem.

Vencidas todas as difficuldades apontadas faz-se com todas as cautelas a inoculação com uma secreção conveniente, como já indicámos. No fim de 7 a 8 dias observam-se nos logares inoculadas pontinhos opacos de uma côr amarello-palida, e são vistos a olho desarmado ou perfeitamente com uma lente de fraco augmento; crescem lenta e gradualmente á temperatura de incubação.

Depois de alguns dias o desenvolvimento é tal que permitte transportar parte da cultura para um outro terreno. Desde que a cultura está neste ponto, o augmento gradual da parte inoculada é tão consideravel, que no fim de 2 ou 3 dias póde-se pensar em effectuar nova transplantação. O experimentador deve com todo o cuidado procurar verificar se a primeira cultura está ou não inteiramente pura, porque vencida a primeira em boas condições, as outras seguintes não apresentam as mesmas difficuldades que a primitiva.

Referindo-se a morphologia destes micro-organismos Sattler diz, que elles nunca se reunem em cadeias nem tão pouco em grandes massas de *zoogléa*, mas apresentam-se sempre ou isolados, ou aos pares (pelo que no estado de completo desenvolvimento os elementos

nunca tocam-se immediatamente, mas são separados por um espaço intermediario) ou finalmente em pequenos grupos separados.

Depois de obtidos estes micro-organismos por este processo de cultura descripto, este experimentador teve escrupulo, por espirito de humanidade, de praticar a inoculação no homem. Praticou em animaes mas sem algum resultado.

Este escrupulo de um homem avido de experiencias materiaes convincentes, não foi muito longe, pois que, o fez mais tarde com os elementos obtidos por uma cultura de fragmentos de tecido trachomatoso, visto como por este modo se manifestaria melhor a natureza da molestia.

Depois de muitos insuccessos consecutivos, com a cultura das novas sementes representadas por fragmentos da conjunctiva, chegou a obter resultados tão positivos que não acreditava possivel pol-os em duvida.

Recommenda aqui neste processo ainda maiores cuidados do que no primeiro, no que diz respeito á escolha do material, porque não se póde esperar que uma transplantação de uma porção da conjunctiva dê um resultado positivo na substancia gelatinosa, por não se poder ter certeza alguma, que os micro-organismos encerrados especialmente nas granulações gelatiniformes, se ponham em contacto com o novo territorio que se lhes offerece.

Tambem não offerece alguma vantagem abrir as granulações ou comprimil-as, para dellas retirar a sementeira.

Sattler para esta cultura prefere as granulações das bordas da palpebra superior, onde existem tão confluentes, que as vezes se fundem umas nas outras, de sorte que cortando-se uma porção com uma tesoura, a massa gelatiniforme se apresenta immediatamente á superficie sangrenta.

Feita a inoculação no sero sanguineo previamente preparado, com o principio obtido das granulações incisadas, Sattler observou a principio uma orla mais ou menos delgada, palida e opaca, no oitavo até o decimo dia de transplantação, em certas porções do fragmento da mucosa.

Depois de passados alguns dias, esta orla chegou a superficie

fazendo-se em seguida nova transplantação de uma pequena porção desta orla, com auxilio de um fio de platina, previamente aquecido á temperatura branca.

Aqui a cultura cresceu visivelmente, de modo que dentro de poucos dias, novas transplantações podiam ser feitas.

Sobre esta orla foi que Sattler observou, como em outros logares, os micrococcus, ora isolados, ora aos pares, ora em grupos mais ou menos disseminados, se extendendo do ponto de partida para a superficie do sero sanguineo, e indo mesmo a pontos mais ou menos distantes.

Obtendo nesta 3.ª geração sómente *micrococcus* puros, elle collocou uma boa porção sobre a conjunctiva de uma moça, friccionando em seguida as palpebras. Em logar de uma forte reacção consecutiva a esta inoculação, appareceram depois de um periodo de incubação de cinco dias os primeiros granulos vesiculiformes de um trachoma, cuja marcha foi tão branda que a paciente nada sentio e nem se apercebeu da molestia.

Não obstante isto não podia haver a menor duvida sobre a natureza da affecção.

As granulações produzidas por Sattler nesta moça, pela inoculação de *micrococcus* por elle cultivados, attingiram a um desenvolvimento muito pouco consideravel. Esta benignidade da infecção por inoculação, a virulencia pouco consideravel do material cultivado não deve causar sorpreza, pois que, sabe-se que estes micro-organismos são extremamente sensiveis e delicados, muito mais mesmo do que os bacillos do tuberculo.

Estes ultimos se desenvolvem muito facilmente no sero do sangue na temperatura de incubação, e a infecção é possivel em uma serie de animaes. Já isto não acontece com os *micrococcus* do trachoma que se desenvolvem mui difficilmente no sero do sangue do carneiro, do boi, etc., e além disto, o succo conjunctival dos mamiferos de que se póde dispôr é refractario á infecção.

Sattler, emfim, recommenda que para se obter uma boa cultura destes micro-organismos, se a faça no sero do sangue humano.

Lembra que se o procure obter em hospitaes onde se pratiquem grandes sangrias.

Depois deste importante estudo feito por este grande observador, não se póde negar a origem parasitaria á conjunctivite granulosa.

Já temos tido occasião de observar os micrococcus em preparações feitas pelo nosso mestre, o Sr. Dr. Hilario de Gouvêa, em fragmentos das falsas membranas que se formam á custa do *jequirity*, quando se lança mão delle para o tratamento do trachoma.

TRATAMENTO

Muitos e varios têm sido os meios therapeuticos empregados com o fim de curar a conjunctivite granulosa.

Como perfeitamente diz Eduardo Meyer em seu tratado pratico de molestias de olhos, o tratamento racional da conjunctivite granulosa pede muito tacto e prudencia, devendo-nos occupar do estado local, do geral e da hygiene do doente.

Occupar-nos-emos em primeiro lugar do tratamento geral e da hygiene, passando em seguida a estudar os diversos meios locaes que têm sido empregados para debellar a molestia, até chegar ao jequirity, medicamento nacional, e que está sendo objecto de importantes estudos pelos magnificos resultados que tem dado.

Como já tivemos occasião de manifestar n'outro lugar, a conjunctivite granulosa é essencialmente contagiosa sobretudo quando ha secreção abundante.

O primeiro cuidado, pois, que devemos ter quando tratarmos de um granuloso, é recommendar o isolamento dos outros individuos com quem convivem. Assim devemos procurar afastal-os de lugares onde exista grande accumulo, como em collegios, hospitaes, etc.

Algumas vezes as granulações de marcha chronica podem apresentar-se sem secreção alguma, e neste caso, pareceria que não haveria necessidade deste isolamento, por simular não ser

contagiosa. É isto exacto até certo ponto, mas é certo tambem que ella é susceptivel de, por uma causa qualquer ou por uma nova invasão de granulações, apresentar secreção mais ou menos abundante, tornando-se deste modo facilmente transmissivel.

Devemos recommendar com todo rigor que os objectos que servem para o uso dos granulosos, não sejam de modo algum utilisados por outros individuos sãos.

Tem-se suscitado algumas duvidas sobre a conveniencia ou inconveniencia do accumulo de grande numero de granulosos em uma mesma sala e sua permanencia ahi. A pratica tem demonstrado que o tratamento é mais difficil e demorado, devido isto a repetidas recahidas. Mesmo na clinica civil, quando em uma mesma familia temos mais de um doente de granulações, não devemos reunil-os em um mesmo aposento, e sim separal-os.

Uma boa hygiene, é um dos melhores auxiliares no tratamento das granulações e mesmo para alguns authores é mais vantajosa que qualquer outro meio (!)

O granuloso evitará tanto quanto fôr possivel a acção de agentes irritantes, como sejam a fumaça, o pó, o trabalho que demande muita applicação da vista, mormente á noite com o auxilio da luz artificial. Póde evitar em parte a acção desses agentes irritantes, usando conservas enfumaçadas ou azues.

O tratamento geral consistirá em uma diéta succulenta, acompanhada de um regimem tonico. A quina, os ferruginosos, o oleo de figado de bacalháo etc. têm sido empregados com grande vantagem.

Tratamento local. — Quando a natureza não se encarrega de produzir uma inflammação tal na conjunctiva, que traga um certo gráo de suppuração e a cura das granulações, temos que lançar mão de certos agentes causticos e irritantes, que a produzam artificialmente e com o mesmo fim.

Os causticos mais usados até hoje, têm sido o sub-acetato de chumbo, o sulfato de cobre e as soluções de nitrato de prata.

Têm alguns tambem empregado causticos mais fortes, taes como o nitrato de prata puro ou mitigado, o acido chromico ou nitrico, o galvano-caustico, etc.

Chega-se com effeito obter a cura com estes meios, mas ha cicatrizes consideraveis, consecutivas a escharas mais ou menos notaveis, podendo ainda aggravar as produzidas pelas granulações.

O sub-acetato de chumbo liquido em partes iguaes com agua distillada, tem dado muitos bons resultados. Quando a molestia apparece com pouca intensidade, e se acha no principio e sem complicações para o lado das palpebras e cornea, esta proporção do chumbo póde ser reduzida; assim para 15 grammas d'agua distillada, podemos usar, como Abadie, 10 e mesmo 5 grammas de sub-acetato de chumbo.

Preparada a solução como acabamos de indicar, devemos nos munir de um pequeno pincel de cabellos, de um vaso com agua limpa, e finalmente de uma pequena vasilha, onde lançaremos a substancia medicamentosa.

Dispostas as cousas desta maneira, viramos as palpebras o mais que nos fôr possivel, para bem descobrirmos a conjunctiva atacada e principalmente as dobras oculo-palpebraes, onde as granulações existem em maior quantidade. Devemos proteger bem a cornea, fazendo para isto approximar as pregas formadas pelas palpebras voltadas, e recommendar ao doente que olhe para baixo ou para cima ou tente fechar os olhos.

Tomamos em seguida o pincel embebido na solução, e passamos ligeiramente sobre as conjunctivas, procurando tocar em todos os pontos doentes.

Terminada esta operação, com o mesmo pincel faremos immediatamente uma grande lavagem com agua pura, com o fim de eliminar-se todo o excesso de caustico insoluvel que tenha ficado sobre a conjunctiva.

Esta recommendação da lavagem depois da cauterisação tem grande importancia, porque despresada haverá depositos muito consideraveis de sal de chumbo sobre as conjunctivas, formando-se mesmo concreções, que não poucas vezes se tem observado, vindo em seguida produzir graves complicações sobre a cornea. Fazendo-se porém as lavagens nenhum destes inconvenientes se observará.

Alguns praticos têm muito medo de empregar o sub-acetato

de chumbo, quer haja complicação para o lado da cornea, quer não, com receio de sua impregnação na cornea, produzindo manchas indeleveis. Desde que se observe rigorosamente o que acabamos de indicar, isto é, as grandes lavagens e a proteção da cornea com as palpebras, não devemos nos privar deste meio therapeutico tão poderoso no tratamento das granulações agudas, muito embora haja complicações da cornea, e sem temer accidentes de qualquer qualidade.

Estas cauterisações devem ser feitas todas as vinte quatro horas, ou de dois em dois dias. Geralmente podem ser espaçadas á proporção que a molestia vai desapparecendo.

Sob a influencia desta medicação, a secreção morbida da conjunctiva diminue consideravelmente. O *pannus*, quando existe, vai pouco a pouco desapparecendo, á medida que as granulações tambem desapparecem, de modo que não devemos nos occupar delle, mas sim de sua causa que são as granulações e algumas vezes cilios que tocam a cornea. Este *pannus* tambem póde ser produzido pelo desenvolvimento das granulações na cornea. Ainda neste caso não devemos nos occupar dellas e sim das da conjunctiva, porque aquellas desapparecem junctamente com estas.

Com este tratamento bem dirigido, vemos as mais das vezes o restabelecimento dos nossos doentes. As conjunctivas, quando a molestia não se acha ainda no estado trachomatoso, restabelecem-se sem deixar cicatriz alguma, o que já não acontece no ultimo periodo. A cornea que já se achava coberta de *pannus*, vai gradativamente cobrando suas funcções normaes.

O sub-acetato de chumbo não tem sido sómente usado sob a fórma liquida, mas tambem pulverisado. Elle se accumula na conjunctiva e cobre as granulações. Nestas condições, é que os adeptos deste systema julgam o doente curado, ou pelo menos incapaz de transmittir a molestia.

Ora, se quando nos occupámos das cauterisações com o sub-acetato de chumbo liquido, recommendamos as lavagens para retirar o excesso do sal insoluvel e evitar o seu accumulo, com receio das complicações que póde produzir para o lado da cornea, de modo

algum podemos adoptar este meio de tratamento, que mais facilmente as produzirá.

Suppunha-se que este processo evitava o desenvolvimento de novas granulações; hoje porém está provado que não só não evita, como tambem não combate as recahidas a que estão sujeitos os doentes.

Depois do sub-acetato de chumbo liquido, o medicamento mais usado é o sulfato de cobre crystallisado; é mais vezes indicado na conjunctivite no periodo trachomatoso.

Para fazer-se uso delle, toma-se um crystal bem liso deste sal, e depois de voltadas as palpebras, como já indicámos, passa-se de leve sobre a mucosa doente, tendo-se o cuidado de introduzir a ponta no fundo de sacco superior, com o fim de attingir as granulações que ahi se desenvolvem em maior abundancia. Alguns clinicos aconselham que depois desta cauterisação se façam lavagens com agua commum. O fim dellas é alliviar as dôres que são muito intensas nas primeiras cauterisações. Estas dôres são menos consideraveis, depois de um tratamento mais ou menos longo.

Deve-se ter muita prudencia na repetição destas cauterisações; não as devemos praticar sem que a irritação produzida pelas primeiras tenha completamente desapparecido.

As cauterisações são feitas todas as vinte quatro horas, ou de dois em dois dias ou com intervallos maiores, e de accordo com a intensidade da molestia.

de Wecker recommenda que se espere depois de cada cauterisação, pelo periodo de calma nas dôres e secreção para só então reiteral-a.

Quando no curso deste tratamento os doentes accusam muitas dôres, recorremos ás compressas geladas, quer sejam de agua commum, quer de soluções anti-septicas, de acido borico ou salycilico. Na enfermaria de clinica ophthalmologica usamos, não só para estas como para todos os curativos de uma solução de 4 % de acido borico.

O tannino tambem veio á scena no tratamento das granulações. Foi em 1851 que Hairion de Louvain estabeleceu suas bases.

Tirou bons resultados na applicação das conjunctivites catarrhaes agudas e chronicas, granulosas, etc.; e apregoou a sua efficacia no *pannus* e nas blenorrhéas antigas.

Meyer aconselha o emprego do glyceroleo de tannino, cujo effeito é muito fraco, mas tem a vantagem de poder ser empregado pelo proprio doente, quando não póde ser examinado diariamente. A formula por elle usada é composta de 50 centigrammas de tannino para 10 grammas de glyceroleo de amido.

Wolfe em sua obra publicada este anno, aconselha o seguinte tratamento, usado por elle desde 1871 com grande vantagem.

Depois de voltadas as palpebras, faz com o escarificador de Desmarres, tres incisões nas conjunctivas das palpebras, incluindo o fundo de sacco.

Estas incisões não devem attingir as superficies tarsos, limitando-as sómente ás granulações, e com os dedos exerce-se pressão sobre a conjunctiva palpebral para fazer sahir os granulos. As superficies são esponjadas com agua quente, com o fim de alliviar as dôres que acompanham esta operação. Uma solução de atropina é empregada em seguida, e depois loções de borax trez vezes ao dia.

Dois dias depois, lança-se sobre as palpebras o xarope de tannino, e em seguida são de novo attritadas uma contra a outra, com o fim de destacar alguns depositos que ahi tenham permanecido

Dentro de 15 dias ou tres semanas, repetem-se estas scarificações, se a urgencia do caso assim o exigir, não interrompendo o emprego do xarope de tannino, acompanhado das fricções.

Com este tratamento, diz Wolfe, ter observado a eliminação das granulações, o desapparecimento do *pannus*, e a cornea cobrar gradualmente sua transparencia.

Nada podemos dizer baseados em observações, sobre suas vantagens; parece-nos, entretanto, que produzirá o mesmo effeito que qualquer que tenha por fim determinar uma irritação e inflammação, dando logar á absorpção dos granulos, e por conseguinte seu desapparecimento.

Não convém persistir durante muito tempo só com um meio

therapeutico, porque a mucosa doente parece no fim de certo tempo habituar-se, e conservar-se inerte ás suas solicitações. Devemos, portanto, variar a therapeutica.

Em certos casos a variação destes meios já não nos presta mais auxilio, vendo-nos então obrigados a suspendêl-os por algum tempo, durante o qual nos limitamos a prescripções hygienicas e tratamento geral, até recorrer-se á outros mais energicos.

A reacção consecutiva a cada cauterisação é ordinariamente moderada. Acontece algumas, porém, que é muito exagerada e produz inflammações muito consideraveis, exigindo que se intervenha energicamente para moderal-as. Para este fim usa-se de compressas geladas, de agua commum ou de uma solução antiseptica.

Nem sempre as granulações respondem ás irritações produzidas pelas cauterisações, e conservam-se indolentes, sem apresentar reacção inflammatoria. de Graefe aconselha nestes casos, a substituição das cauterisações pelas compressas d'agua quente a 40° ou 45°, emqregadas durante um tempo mais ou menos prolongado.

Costumam-se empregar estas compressas durante oito ou doze horas por dia. De duas ou de tres em tres horas, deixa-se o doente repousar quinze ou trinta minutos. Suspende-se a applicação depois de declarada a inflammação, e se esta torna a desapparecer, sem produzir os effeitos desejados, reapplicam-se de novo as compressas.

As incisões ou escarificações e as excisões, tambem têm sido empregadas no tratamento das granulações. Quando nas mixtas ou diffusas, houver grande intumecencia da mucosa, podemos fazer desapparecer com rapidez este excesso de inflammação, que póde trazer graves complicações, por meio de escarificações no logar de maior desenvolvimento granular. As melhoras são rapidas e muito sensiveis.

Tem-se querido estabelecer estas escarificações como methodo invariavel no tratamento das granulações chronicas, o que de modo algum póde-se adoptar, porque nem sempre encontramos conjunctivas congestas, acontecendo encontrar-se pallidas e pouco

inflammadas, contraindicando, por conseguinte as escarificações. Além disto, ellas muito repetidas deixariam cicatrizes, que com as deixadas pelas granulações complicariam o mal, mórmente se forem feitas cauterisações logo após ellas.

Estas escarificações podem ser substituidas por attritos energicos, feitos com uma esponja um pouco dura sobre a mucosa doente. Ha escoamento de sangue da mesma maneira que com as escarificações; retira-se o epithelio por este meio, e produz-se uma actividade na circulação que favorece a absorpção das granulações.

Observa-se algumas vezes que as granulações são isoladas mas muito desenvolvidas, pediculadas e assemelhando-se aos polypos da conjunctiva, e neste caso recorre-se ás excisões. Outras, acontece que a conjunctiva se acha coberta por uma camada espessa, fungosa ou gelatinosa, extendendo-se até á caruncula, que é por ella coberta totalmente. As excisões são tambem indicadas nestas condições.

Praticando as excisões, devemos ter o maior cuidado possivel em não offender o tecido são; e se isto succede, o doente dá logo demonstrações accusando fórtes dôres.

Esta pequena operação não offerece grande difficuldade em sua pratica. O operador deve munir-se de uma boa tesoura, uma pinça de fixação e de um ou dois ajudantes.

Depois de voltadas as palpebras e sustentadas por um ajudante, o operador toma com a pinça a parte affectada e que deseja excisar, evitando o mais possivel tomar grande porção de tecido de uma só vez e de apanhar tecido normal. Feito isto, elle separa, com um só golpe de tesoura, a parte tomada pela pinça, por sua base.

As superficies sangrentas são esponjadas com uma solução de acido borico, ou com agua gelada, para sustar qualquer hemorrhagia pequena que possa haver. Depois de feitas as lavagens convenientes, com o fim de retirar-se qualquer coagulo que ahi possa ter ficado, voltam-se as palpebras. É conveniente que o doente use de compressas geladas durante algum tempo, com o fim de previnir qualquer reacção inflammatoria.

Além destes tratamentos que acabamos de estudar, ha muito pouco tempo empregava-se e ainda hoje alguns usam, como o mais poderoso e ultimo recurso, a inoculação do pus blenorrhagico.

Começou-se a empregar o pus blenorrhagico como meio therapeutico, depois que os factos clinicos demonstraram, que olhos granulosos onde incidentemente apparecia purulencia restabeleciam-se.

Quando nos occupámos da anatomia pathologica, dissemos que Iwanoff tinha observado que em olhos trachomatosos atacados de blenorrhéa, o pus destruia o epithelio das glandulas, e que estas depois de terem diminuido pouco a pouco, acabam por desapparecer totalmente.

Animados por estas observações, os clinicos achando-se na presença de casos graves, com *pannus* espesso, rebelde, inveterado, onde todos os outros tratamentos tinham baqueado, lançavam mão do pus blenorrhagico. Foi Frederico Jœger, de Vienna, quem primeiro o empregou.

Durante algum tempo considerou-se barbaro este methodo; depois, porém, dos bons successos colhidos por alguns praticos, generalisou-se e tornou-se universal.

Não se contavam sómente victorias com este methodo de tratamento mas tambem alguns desastres. Procurando-se estudar o meio de os evitar, notou-se que ha casos em que elle é indicado e outros contra-indicado.

Abadie, referindo-se a este meio therapeutico, diz que no principio observou em mãos de outros resultados tão desastrosos que tinha repugnancia em empregal-o. Mais tarde cercou-se de todas as cautellas e empregou-o; obteve optimos resultados que o levaram a tornar-se um dos mais ardentes adeptos deste processo.

Apezar dos beneficios colhidos com a inoculação do pus blenorrhagico, hoje, parece tender a desapparecer da therapeutica ocular, para ser substituido pelo jequirity, que dá identicos resultados, sem fazer o doente incorrer nos graves perigos a que está sujeito com o pus.

Para alguns não deve ser empregada a inoculação, senão quando a cornea se achar convenientemente protegida por um espesso *pannus*, occupando suas camadas superficiaes, e constituindo ahi uma sorte de exsudatos membraniforme e vasculares, que impedem que a acção inflammatoria se extenda até á cornea e ahi produza seus effeitos maleficos.

Deve evitar-se empregal-a todas as vezes que a cornea se apresentar turva, adelgaçada, e sulcada por poucos vasos sem constituir um verdadeiro *pannus*. De modo algum se inoculará quando houver perda de epithelio da cornea.

Abadie usa este meio, mesmo quando a cornea não está protegida por *pannus*, porque julga-se capaz de subjugar a conjunctivite purulenta, quando fôr muito exagerada, com as cauterisações de nitrato de prata na proporção de 3 % todas as doze horas, auxiliadas pelas compressas geladas. Teriamos receio de lançar mão deste meio nestas condições.

Ao principio utilisava-se o pus blenorrhagico e com successo, hoje, porém, está-se de accôrdo que é mais prudente inocular-se o pus da conjunctivite dos recem-nascidos, porque é menos susceptivel de ir além dos limites desejados.

Para fazer-se a inoculação do pus, toma-se um pincel pequeno embebido em algumas gottas d'esta substancia e passa-se ligeiramente sobre a conjunctiva das palpebras préviamente voltadas.

Inoculado o pus, observa-se um periodo de incubação que dura ordinariamente de 34 á 48 horas; no fim d'este tempo apparece a suppuração com intensidade variavel. A palpebra superior é a primeira a denunciar a invasão da inflammação, apresenta-se no fim de certo tempo muito intumecida, e com um rubor muito forte.

Declaradas a suppuração e a inflammação, limitar-nos-emos a vigiar muito cuidadosamente todos os phenomenos que ahi se passam. Se ellas não ultrapassam os limites desejados, nada faremos senão observar o doente; caso contrario, faremos energicas cauterisações com nitrato de prata, usaremos das compressas ge-

ladas, e finalmente praticaremos lavagens com soluções anti-septicas. É preciso algumas vezes recorrer ás escarificações.

Um dos primeiros cuidados que devemos ter quando a inoculação fôr indicada a um só olho, é isolarmos o que está são, por meio de apparelhos isoladores ou pelo monoculo de *caoutchouc* do Dr. Maurel. Este monoculo é munido de um grosso vidro de relogio, guarnecido por um annel de borracha que o permitte adaptar-se ao rebordo orbitario e assim garantir ao olho normal de ser atacado pelo pus.

Logo que se tenha passado o periodo perigoso, isto é, o da inflammação violenta, abandonaremos a molestia á sua evolução natural, conservando a suppuração que vai pouco á pouco modificando o estado da mucosa, favorecendo a absorpção gradual das granulações. Obtem-se por este modo a cura, que se faz em um tempo variavel; a conjunctiva torna mais ou menos ao estado normal, apresentando, comtudo, cicatrizes que são relativas a quantidade de granulações.

Apezar dos bons resultados d'este tratamento, teriamos escrupulo em empregal-o, mórmente hoje, que temos o poderoso jequirity, não só porque não ha meio seguro de regularisar a intensidade dos phenomenos inflammatorios, como tambem não o ha para garantir-se o olho normal da suppuração.

Para explicar-se a acção do pus blenorrhagico ou purulento na conjunctivite granulosa, appellou-se para os micro-organismos que produzem a conjunctivite purulenta e granulosa.

Pasteur em suas pesquizas de cultura dos micro-organismos, estudando o seu desenvolvimento e transformações, provou que se em um meio proprio para cultura do microbio introduzirmos um outro, um d'elles é prejudicado em seu desenvolvimento.

Ora, segundo Abadie, na conjunctiva, estes micro-organismos acham vasto campo para o seu desenvolvimento, quer os da conjunctivite purulenta quer os da granulosa. Assim, depois de se achar esgotado o sólo conjunctival, se fizer invadir em todos os sentidos e profundidade os microbios da conjunctivite purulenta, elle torna-se incapaz de fornecer elementos aos da granulosa.

Desde que estes deixem de progredir, e tendam pelo contrario a desapparecer por não poderem lutar com os outros, chega-se a obter a cura.

Achamos muito phantastica esta theoria, parece-nos mais razoavel admittir que o pus, sendo em grande copia, altera os elementos intimos das granulações, desaggregando-as, tornando d'este modo facil a absorpção e eliminação d'estes elementos.

No curso do tratamento da conjunctive granulosa, temos algumas vezes que recorrer á alguns processos operatorios como meios auxiliares.

Ha indicação para estas operações *(cantoplastia e blepharoraphia)*, quando houver estreitamento da fenda palpebral e entropion.

O adoptado pelo nosso professor de clinica ophthalmologica para a cantoplastia, consiste em introduzir um dos ramos de uma tesoura recta no fundo de sacco, e o outro ficando em relação com a parte externa da commissura, praticando-se em seguida a incisão com um só golpe. Cortada assim a commissura externa afastam-se fortemente os labios da ferida.

A extensão da incisão deve ser de 12 a 15 millimetros; a sua direcção é horisontal e perpendicular á commissura palpebral. Feito isto passam-se tres pontos de sutura, um na parte média da ferida (angulo) e os outros um em cima e o outro em baixo. Deve-se ter muito cuidado em applicar-se a mucosa seccionada sobre os labios sangrentos da pelle. Quando não se tiver seccionado bem o ligamento externo, que vai do tarso superior ao rebordo temporal externo, se o corta em um segundo tempo.

Quando houver escassez de retalho por causa de uma atrophia da conjunctiva, consecutiva ao processo morbido, a sutura não se manterá por causa de fortes tracções que soffre para o lado da cornea. A consequencia d'esta complicação é a reapplicação dos labios da ferida cutanea e sua cicatrisação, tornando-se d'este modo as cousas ao antigo estado, sem haver alargamento senão momentaneo.

Para evitar isto, Abadie aconselha que antes da incisão do

angulo externo do olho, se pratique uma na conjunctiva bulbar concentrica á cornea, que facilitará o seu deslocamento, evitando por este modo as tracções.

Quando existe entropion, se pratica a 3 millimetros da borda livre da palpebra uma incisão, interessando sómente a pelle e occupando toda extensão da palpebra. Esta incisão deve ser parallela, á borda livre da palpebra. Descobre-se o orbicular, se excisa uma tira da extensão de dois millimetros mais ou menos. O tarso sendo assim descoberto, se excisa uma pequena porção da fórma de uma cunha cuja base olha para conjunctiva. Feito isto se applicam tres suturas da maneira seguinte: o fio munido em cada extremidade de uma agulha, atravessa o tarso acima da perda da parte excisada; as agulhas vão sahir na pelle da palpebra pouco acima dos cilios. Os pontos devem distar um do outro mais ou menos 8 millimetros. As extremidades dos fios são amarradas sobre contas. Devem-se approximar muito bem os labios da ferida (Snellen).

Nos casos em que houver complicações para as vias lacrymaes com estreitamento dos canaes, devemos dilatal-os por meio da incisão e das sondagens.

Quando acharmos-nos deante de um caso de granulações, complicado de vasta ulceração da cornea, com ameaça de prolapso da iris, usaremos da ezerina, banhos de vapor e apparelho contentivo. Quando houver leucomas consecutivos, que perturbem a visão, praticar-se-á, a iridectomia com o fim optico.

Nos logares sujeitos a diphteria, como no Egypto, etc., o que não ha felizmente entre nós, havendo complicações das granulações com esta molestia procura-se combatel-a com os meios apropriados.

DO JEQUIRITY

Occupando-nos do tratamento da conjunctivite granulosa, englobamos em um só capitulo todos os processos empregados com o fim de debellar este mal; excluimos, porém, deste grupo consideravel, o jequirity de que vamos tratar em capitulo separado, não só por ser o medicamento mais recentemente empregado, e com os melhores resultados possiveis, como tambem, por ser medicamento nacional, e do nosso paiz terem partido as primeiras applicações, embora mesmo populares.

de Wecker, chama sobre si a prioridade de ter levado o jequirity para o campo da sciencia; diz que chegou ao conhecimento deste meio therapeutico tão poderoso, por intermedio de um antigo doente seu de granulações, que durante muito tempo esteve submettido a tratamento, obtendo sensiveis melhoras. Este indi-individuo vindo ao Brazil, desembarcára a 10 de Novembro de 1881 em Therezina, onde pouco tempo depois foi de novo atacado de granulações. Achando-se então quasi cégo, resolveu submetter-se ao tratamento popular que era feito com o jequirity, que o restabeleceu dentro de pouco tempo.

Enthusiasmado com este resultado tão brilhante procurou obter grande numero de sementes, unica parte usada do vegetal, e remetteu a de Wecker, com a descripção do modo que era ahi usado pelos *curandeiros,* este remedio.

de Wecker, seguindo rigorosamente a prescripção indicada pelo seu ex-doente, fez as primeiras experiencias deste remedio tão apregoado, obtendo desde o principio os melhores resultados. Continuou de Wecker em suas pesquizas, prevendo desde logo um lugar de honra ao jequirity na therapeutica ocular.

Em uma memoria publicada em Outubro do anno passado sobre o jequirity, pelo Sñr. Dr. Moura Brazil, um dos nossos oculistas, diz que havia mais de um anno fazia estudos sobre a acção do jequirity na conjunctivite granulosa. Deixa ver, portanto, este clinico, que antes de de Wecker, já tinha ensaiado este meio therapeutico.

O que parece certo é que esta substancia é empregada popularmente desde muitos annos, em algumas provincias do norte do Brazil, com o fim de combater as affecções oculares, attingindo mesmo aos limites do abuso.

« O jequirity ou gequirity é popularmente conhecido sob este nome no norte do Brazil. É da classe das di-cotyledones, da familia das leguminosas, tribu das papillonaceas (4.ª sub-familia) do genero abrus e da especie abrus precatorius. »

O jequirity é tambem conhecido popularmente pelos nomes de *olho de pombo*, *olho de cabra*, *tento*, etc.

Frei Velloso na sua *Flora Fluminense*, descreveu tres especies de abrus : o *abrus precatorius*, o *abrus lusorius*, e o *abrus arborius*.

A semente do *abrus precatorius* é pequena, ovolar, pouco mais ou menos do tamanho de uma ervilha secca, de um vermelho muito vivo e brilhante, tendo uma mancha negra tambem brilhante na extremidade mais fina do oval. Esta mancha occupa quasi um terço da semente. O hilo se acha collocado na circumferencia desta mancha.

A segunda especie é o *abrus-lusorius*. A semente desta especie é semelhante á primeira mas muito maior. O vermelho não é tão vivo como o das pequenas. É achatada e tem duas faces e uma borda, a fórma desta semente é ligeiramente ovolar. A mancha negra em lugar de occupar a extremidade como no *precatorius*, occupa a borda e extende-se para as faces igualmente, comprehendendo quasi a metade da semente. O hilo fica no ponto mais fino da semente e fóra da mancha negra.

Finalmente, frei Velloso falla no *abrus-arborius* que diz ser muito semelhante á segunda especie. Desta não temos conhecimento.

Estas sementes são contidas em vagens e dispostas em lojas. São muito duras, e com alguma difficuldade é que se consegue reduzil-as a pó fino.

O jequirity é encontrado em todo Brazil, sendo, porém, muito mais abundante no norte.

Destas duas especies que conhecemos, sómente nos occuparemos do *abrus-precatorius*, por ser a unica empregada na therapeutica ocular. A outra se tem conservado inerte nas nossas experiencias.

Até hoje ainda não se conseguio retirar alcaloide algum do jequirity, quer aqui, quer na Europa.

O nosso distincto collega, o Sñr. Mello e Oliveira, tirou, segundo nos informa, um oleo essencial e varios principios resinosos que nenhum resultado tem dado nas mãos do Sñr. Dr. Moura Brazil, que os experimentou, a não ser um extracto esverdeado, que segundo este clinico, aproveita muito na dóse de 20 centigrammas para 10 grammas d'agua. Os chimicos europeus que se têm occupado com este estudo, negam a existencia de semelhante extracto.

Na enfermaria de clinica de olhos da faculdade, bem assim na clinica particular do nosso professor, temos visto sómente empregar o jequirity com resultados maravilhosos, sob a fórma usada popularmente mas já muito modificada. O mesmo diz de Wecker na memoria publicada sobre este assumpto.

Usava-se popularmente no Piauhy, pulverisar-se bem 32 sementes de jequirity, e macerar este pó durante 24 horas, em 500 grammas d'agua; no fim deste tempo ajuntava-se á esta maceração 500 grammas d'agua fervendo, deixava-se esfriar e filtrava-se immediatamente depois de frio.

Preparado o macerado por esta fórma indicada, o doente lavava os olhos tres vezes no dia. Se houvesse depois desta primeira applicação, irritação conjunctival consideravel, nada mais se fazia; em caso contrario se empregava a mesma maceração no segundo e terceiro dia, até que a inflammação apparecesse. O paciente durante o tempo da applicação conservava-se em um quarto escuro.

Colheu-se algum resultado com a maceração assim preparada, mas logo notou-se que elle ficava em geral muito áquem do desejado. Passou-se então a experimentar as macerações feitas com menor quantidade de vehiculo e maior de substancia medicamentosa.

A proporção estabelecida por de Wecker foi de 2 % de jequirity. Faz-se a maceração durante 24 horas, no fim das quaes filtra-se.

Esta proporção estabelecida por de Wecker não é invariavel, e até pelo contrario é muito susceptivel da soffrer alterações.

Desde o principio do emprego do jequirity pelo Dr. Hilario de Gouvêa, fez-nos notar que a acção deste medicamento varia muito, segundo a constituição de cada individuo; de modo que a dóse capaz de produzir inflammação notavel em um, podendo mesmo ultrapassar os limites desejados, dando lugar á suppuração e destruição da cornea, n'outro nenhum effeito produz, tornando-se mesmo inerte.

Dois casos muito importantes vêm-nos provar esta proposição.

Em Março deste anno, o Sñr. Dr. Hilario de Gouvêa tratava de dois doentes de granulações chronicas, com *punnus* espesso; um no hospital da Misericordia e o outro na sua clinica civil. Foi feita uma maceração na proporção de 2 % sob as vistas do Dr. Hilario, com o pó das sementes sem casca. No fim de 24 horas foi filtrada a maceração e applicada em ambos os olhos do doente do hospital, em gottas de 2 em 2 horas, e a mesma applicação deste macerado, foi mandada fazer por este mesmo clinico em sua doente particular.

No dia seguinte á applicação ambos os doentes foram vistos; emquanto que no do hospital, que era um individuo moço, nenhuma reacção inflammatoria notava-se, na doente particular, senhora idosa, de idade muito avançada, e na qual se tinha instillado em um só olho a maceração, não só havia edema muito consideravel das palpebras, infiltração das conjunctivas, secreção abundante de mucco-pus, e, o que era muito grave, infiltração de toda a cornea, apezar do espesso *pannus* que a cobria.

Não houve meio algum energico capaz de salvar a cornea,

poupando-se apenas as camadas profundas, e formando-se uma adherencia da palpebra superior á cornea (symblepharon).

Ainda para confirmar mais que o jequirity actúa de accôrdo com a constituição individual, mencionaremos o que se passou com este mesmo doente, a que nos referimos. Depois desta primeira tentativa, esteve este doente durante algum tempo submettido ao tratamento com o sub-acetato de chumbo, que nenhuma melhora lhe produzio.

Nova tentativa foi feita com o jequirity preparado nas mesmas condições que a primeira vez, e novo insuccesso teve-se, pois que nenhuma reacção inflammatoria houve, e por conseguinte nenhuma melhora.

Retirou-se do hospital este individuo, e continuou raras vezes a apparecer no consultorio do Sr. Dr. Hilario de Gouvêa, onde lhe eram feitas cauterisações com o sub-acetato de chumbo liquido. Começou a sentir-se peior porque o *pannus* do olho esquerdo continuou a augmentar. Desaminado pela persistencia do mal, resolveu-se entrar de novo para a enfermaria de olhos, com o fim de uma terceira tentativa ser-lhe feita com o jequirity.

Encarregamos-nos desta vez de preparar a maceração, não com 2 °/₀ mas sim com 5 °/₀. Descascamos e pulverisamos as sementes e fizemos a maceração immediatamente, e 24 horas depois filtramos. Applicou-se esta maceração por meio de um pincel, tres vezes em 24 horas. No dia seguinte, á hora da visita, encontramos o doente com as palpebras bastante inflammadas e alguma secreção muco-purulenta; neste segundo dia fez-se applicação quatro vezes com o pincel, e 24 horas depois o doente tinha as palpebras extraordinariamente inflammadas, não podendo abrir os olhos, uma secreção muco-purulenta abundantissima e falsas membranas sobre as conjunctivas palpebraes.

Por mais dois dias applicou-se uma vez por dia a mesma maceração, e a inflammação conservou-se muito consideravel durante quatro dias, cedendo em seguida pouco á pouco.

Este doente que ainda se acha em observação na enfermaria, apresenta melhoras consideraveis; as granulações estão muito

diminuidas juntamente o *pannus*. Parece-nos pela marcha da molestia que dentro de muito pouco tempo, elle se achará completamente restabelecido.

O que nos prova a resistencia deste individuo para a maceração de 2 % e ceder á de 5 %? Isto nos prova perfeitamente que o jequirity actúa segundo a constituição de cada um.

Poderia ser-nos objectado que a maceração foi feita de um modo diverso da primeira, isto é, que as sementes foram descascadas e recentemente pulverisadas; mas nós lembramas que na primeira applicação feita neste individuo, a macereção que nenhum effeito lhe produzio, determinou a destruição do olho da doente que mencionamos.

Depois destas observações, devemos proceder pois, com toda prudencia e tacto no emprego deste medicamento tão poderoso, mas ainda insufficientemente estudado. Começaremos por dóses fracas e augmentaremos conforme a resistencia que apresentar o doente. Principiaremos pela proporção de 1 % e iremos até 5 %, dóse maxima que temos empregado na enfermaria. Talvez que algumas vezes se tenha de augmentar esta porcentagem.

As macerações podem ser feitas com o pó com casca ou não. As cascas parecem diminuir a acção do pó, mas cremos ser isto devido a que nas proporções estabelecidas para o pó, ellas influam no peso, diminuindo por conseguinte a quantidade da materia que nos fornece os elementos capazes de produzir a infecção. As cascas são inertes.

As macerações feitas com as sementes descascadas, são muito mais activas do que as outras. Temos na enfermaria um doente, no qual foi empregado o jequirity. A maceração foi feita pelo Sr. Sampaio, pharmaceutico da Santa Casa da Misericordia, com o pó do jequirity do laboratorio do Sr. Hollanda.

Apezar do applicação regular de uma gotta de duas em duas horas, não se obteve resultado inflammatorio consideravel. Esteve durante tres dias no uso desta maceração, sem proveito algum.

Passados alguns dias, nova applicação foi feita por intermedio de um pincel, de uma maceração feita pelo Sr. Dr. Hilario de

Gouvêa, mas com o pó, da mesma casa, tambem com cascas. Ainda desta vez não houve inflammação senão muito mediocre, desapparecendo rapidamente.

Encarregamos-nos de preparar um macerado para uma terceira tentativa. Descascamos e pulverisamos as sementes e fizemos a maceração na proporção de 2 %. No fim de dezenove horas e antes de ser filtrada, fez-se a primeira applicação com um pincel, continuando-se depois tres vezes ao dia. A inflammação 24 horas depois era muito intensa.

Parece que podemos concluir que as macerações feitas com as sementes pulverisadas sem casca, são mais efficazes do que as outras obtidas com o pó com casca, como o que foi usado para as primeiras macerações empregadas no caso precedente.

O liquido resultante desta maceração é opalino, e á proporção que fica velha torna-se de mais a mais opaca, chegando mesmo a tomar um aspecto leitoso. O cheiro é especial (um pouco semelhante ao da pimenta secca socada); este cheiro é mais pronunciado quando se trituram as sementes. O liquido é neutro. Passados seis á oito dias, a maceração decompõe-se e exhala um cheiro muito fetido; quando se tira a rolha do vidro, ha desprendimento muito abundante de gazes.

Depois de feita a maceração durante as 24 horas e filtrada em seguida, e examinada ao microscopio, encontra-se: 1.º, bacillos bem desenvolvidos (n.º 1); 2.º, bacillos em via de formação (n.º 2); 3.º, esporos (n.º 3). (Vide a estampa)

Estes micro-organismos acham-se perfeitamente figurados, no desenho aqui juncto, feito pelo Sr. Dr. Azevedo Macedo, á pedido do Sr. Dr. Hilario de Gouvêa, logo depois das primeiras observações feitas por este ultimo clinico, o anno passado.

Os bacillos perfeitamente desenvolvidos, como aqui figuramos, apresentam na sua parte media uma porção mais transparente, como se as duas extremidades tivessem sido unidas por uma materia differente.

Elles têm movimentos muito rapidos, ora se movem na direcção de uma linha recta e voltam sem que mudem de rumo, ora

fazem movimentos giratorios, unindo suas extremidades de maneira a formar um circulo perfeito. A mobilidade dos bacillos em via de formação não é tão consideravel. Os esporos conservam-se completamente immoveis.

Nas macerações simplesmente coadas e feitas com agua fervendo, como no principio usava-se, notam-se cellulas de grandeza e de fórma variaveis (n.º 4). Estas cellulas não têm sido observadas nas macerações cuidadosamente filtradas, o que nos leva a crer que sejam de origem vegetal.

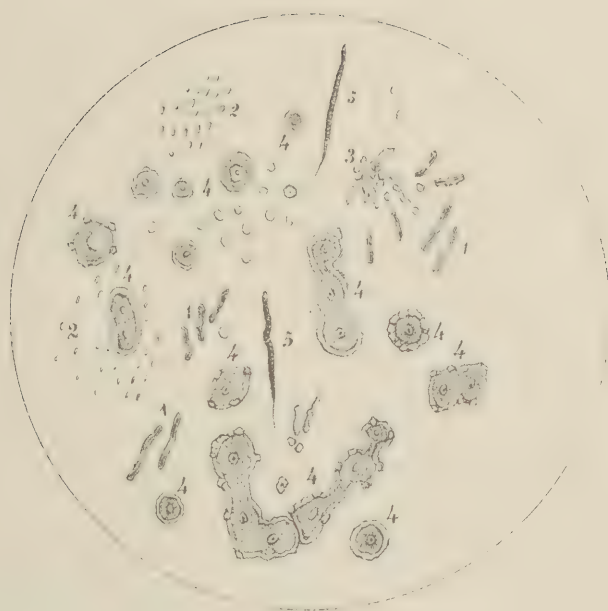
Nas maceraçães muito antigas, notam-se bacillos extraordinariamente desenvolvidos (n.º 5) e tendo no seu centro corpusculos arredondados. Estes bacillos têm movimentos serpentinos muito lentos.

De tres modos se póde applicar a maceração do jequirity: 1.º por meio de instillações de gottas; 2.º com um pincel pequeno directamente sobre as conjunctivas; 3.º, finalmente, por meio de compressas.

O numero de gottas varía conforme a constituição individual; ordinariamente tres por dia da maceração de 2 $_0/^0$, determinam inflammação bem consideravel. Algumas vezes precisamos continuar a applicação por mais de um dia, para conseguirmos o resultado desejado. Ha occasiões em que o numero de gottas precisa ser elevado, uma de duas em duas horas, para poder attingir a um estado inflammatorio intenso. O numero de pinceladas varía como o das gottas.

As compressas são feitas tres vezes por dia e durante meia hora cada vez, deixando o doente descançar entre uma e outra applicação trinta minutos.

Com qualquer destes processos póde-se obter a conjunctivite jequirity que vai substituir a granulosa.

A applicação por meio do pincel é a que empregamos de preferencia na enfermaria, e com ella temos obtido optimos resultados. Para fazer-se esta applicação, imbebe-se um pincel no macerado e passa-se duas ou tres vezes sobre as conjunctivas depois de se terem voltado as palpebras.

Passadas vinte e quatro horas depois das primeiras applicações, nota-se ordinariamente rubor da conjunctiva muito forte, palpebras inflammadas, augmento da secreção que é muco-purulenta e lacrymejamento constante. Ou com estas applicações os phenomenos vão se tornando de mais a mais pronunciados, ou novas são precisas. De qualquer modo, observam-se, quando a inflammação tem attingido o seu maximo, os phenomenos já descriptos mas muito mais exgerados, isto é, as conjunctivas muito edemaciadas, com o seu epithelio destruido, e substituido por uma membrana bastante espessa e algumas vezes facilmente destacavel.

Pelo exame microscopico que fizemos nesta membrana com o nosso professor o Sñr. Dr. Hilario de Gouvêa, observamos *micrococcus*, *bacillos*, muitos corpusculos de pus e algumas hematias.

As palpebras, quando a inflammação tem attingido ao seu maximo, tornam-se excessivamente edemaciadas, rijas a tal ponto, que lucta-se com uma difficuldade extraordinaria para voltal-as, tornando-se algumas vezes mesmo quasi impossivel. A secreção augmenta consideravelmente, chegando algumas vezes a correr pela face.

Todos estes phenomenos que acabamos de descrever são acompanhados de dôres fortissimas nos olhos, na região periorbitaria, e alguns doentes accusam dôres nos ganglios da região parotidiana, que algumas vezes se intumecem em gráo variavel. O doente conserva os olhos fechados por causa da forte photophobia, e accusam muitas dôres quando se tenta abril-os.

Quando os phenomenos têm attingido a este ponto, deve-se suspender toda applicação e limitar-se a observar a evolução da conjunctivite jequirity, — que tende naturalmente a desapparecer no fim de seis a oito dias. Póde acontecer algumas vezes que ella exceda aos limites desejados, e neste caso lançar-se-á mão das compressas geladas, das lavagens anti-septicas e das cauterisações fracas de nitrato de prata.

Logo que cessem os phenomenos inflammatorios, vêm-se as granulações irem diminuindo progressivamente; o *pannus* quando existe, tambem desapparece simultaneamente com sua causa que são as granulações.

Os factos clinicos nos têm demonstrado que as conjunctivas não readquirem immediatamente o seu estado normal, mas sim em um tempo não muito remoto mas variavel. Neste periodo de declinio das granulações, se as comprimirmos, deixam facilmente extrahir uma materia semi-transparente, que examinada ao microscopio, é constituida por grande numero de elementos lymphoides e ephiteliaes.

Diagnosticada uma conjunctivite granulosa chronica, podemos sem o menor escrupulo empregar o jequirity sem attender-se o estado da cornea?

Apezar da segunda proposicão estabelecida por de Wecker, em sua memoria publicada em Novembro do anno passado, nos annaes de oculistica, isto é, que a cornea nenhum risco corre durante a evolução da conjunctive jequirity, não ousariamos empregal-o, em casos de granulações complicadas de perda de epithelio da cornea, sem grande precaução em relação á tolerancia do doente,

Este nosso temor não é sem fundamento, pois que, já observamos o facto citado da senhora idosa e muito depauperada, onde houve destruição da cornea, apezar della estar protegida por um espesso *pannus*. Ora, se neste caso a cornea deixou-se destruir sómente pela influencia da constituição individual, é muito provavel que nos casos onde houver ulcerações, com mais facilidade a cornea deixar-se-á penetrar pelo exsudato que póde comprometter para sempre a sua transparencia, quando não detruil-a.

O jequirity actua de um modo analogo a inoculação do pus blenorragico, determinando conjunctivite pseudo-membranosa e purulenta, cuja influencia sobre a destruição das granulações já foi estudada sob o ponto de vista clinico e anatomo-pathologico. A ultima palavra sobre a acção intima do jequirity ainda não foi dita, mas temos esperança que em muito breve tempo esteja esta questão completamente resolvida.

OBSERVAÇÕES

Observação n.º 1. — O doente J. M. R., de 17 annos de idade, esteve em tratamento de conjunctivite granulosa mais de um anno pelos meios ordinarios, isto é, por cauterisações com o sulfato de cobre, o sub-acetato de chumbo; foi feita tarso-raphia, por se achar a cornea muito compromettida. Melhorou muito o estado com esta operação, mas ainda via-se grande turvor na metade superior da cornea, principalmente do olho direito. Tinha forte photophobia, lacrymejamento, etc.

Não progredindo as melhoras com o tratamento a que tinha-se sumettido este doente até o dia 23 de Outubro de 1882, o Sr. Dr. Hilario de Gouvêa resolveu empregar o jequirity no olho direito que era o peior.

A maceração foi feita pelo Sr. Sampaio, pharmaceutico da Santa Casa da Misericordia, segundo se usava popularmente no Piauhy.

No dia 25 de Outubro empregou-se no olho direito por meio de um pincel, a maceração preparada 24 horas antes. No olho esquerdo fez-se o curativo com o sub-acetato de chumbo liquido.

A 26 o paciente queixou-se de ter sentido picadas no olho direito, e de ter mesmo purgado um pouco, o que não aconteceu no outro. Examinando o olho notou-se infecção e intumecencia da conjunctiva palpebral, e uma secreção muco-purulenta pouco abundante.

A 27 nenhuma applicação se fez.

No dia 28 a reacção inflammatoria era quasi nulla. Mandou-se então fazer lavagens e compressas 2 vezes por dia.

29 e 30 : existia reacção consideravel, tumefacção das palpebras e suppuração muito abundante.

A 3 de Novembro já não havia secreção alguma e o estado da cornea melhorava.

No dia 11 havia melhoras muito consideraveis no olho direito e não notavam-se mais as granulações; a cornea estava quasi inteiramente transparente.

A differença que existia nesta data entre este olho submettido ao tratamento pelo jequirity, e o outro sob a acção do sub-acetato de chumbo liquido, era enorme. Applicou-se neste mesmo dia no olho esquerdo a maceração antiga, que tinha servido ao direito. Notavam-se granulações e *pannus* espesso na metade superior da cornea.

Esta primeira applicação feita com a maceração velha (de 17 dias), determinou uma inflammação pouco intensa, que entretanto perdurou até o dia 18 do mesmo, e teve uma influencia notavel sobre o *pannus*, fazendo-o diminuir consideravelmente.

No dia 18 mandou-se pingar uma gotta, de 2 em 2 horas, da maceração feita a frio, na proporção de 1 %. 24 horas depois havia grande inflammação e secreção abundante; suspenderam-se as applicações.

Alguns dias depois, este doente estava completamente restabelecido desta molestia que havia muito tempo o perseguia.

Observação n.º 2. — M. C. S. A., portugueza, com 30 annos de idade. Havia quasi dous annos que estava doente e mais de um que se tratava, quando veio ao consultorio do Sr. Dr. Hilario de Gouvêa.

Foi dignosticada uma conjunctivite granulosa chronica e keratite ulcerada em ambos os olhos.

Tratou-se com o sulfato de cobre e o sub-acetato de chumbo.

Sob a influencia d'este tratamento e de loções de acido borico, restabeleceu-se inteiramente do olho esquerdo, mas continuando sempre a soffrer do direito, cuja cornea apresentava uma ulcera na parte superior e keratite *pannosa*. Resistindo a molestia ao tratamento, fez-se no dia 25 de Outubro de 1882 a primeira applicação do macerado de jequirity (de 2 %) no olho direito.

No dia 27 mandou-se applicar em casa 2 gottas por dia.

Dia 28 : grande rubor das palpebras e tumefacção, o que não existia, secreção abundante e lacrymejamento. As conjunctivas palpebraes estavam cobertas por membranas tenues, e existia grande rubor da conjunctiva bulbar. A doente accusava dôres periorbitarias e muito ardor no olho.

A 30 a tumefacção, bem como a suppuração tinham augmentado. As palpebras estavam cobertas por uma camada esbranquiçada. Notava-se no centro da cornea uma perda de substancia superficial, sobre a qual estava depositada uma materia pultacea. Havia grande augmento do *pannus*, mandou-se suspender a applicação do jequirity e fazer lavagens com acido borico.

O exame feito no dia 31 revelou melhoras para o lado da cornea; o *pannus* tinha augmentado muito, a perda de substancia da cornea pareceu um pouco menos extensa e o fundo mais transparente. A secreção continuou abundante; o rubor e infiltração pelpebraes foram bastante intensos. Queixou-se de muitas dôres na testa e tempora do lado doente. Continuou a usar o acido borico.

2 de Novembro: Reparou-se inteiramente o epithelio da cornea e apenas havia rubor da conjunctiva palpebral e bulbar, e turvor da metade superior da cornea, com vasos de nova formação. Ainda neste dia o olho amanheceu um pouco pegado.

3 de Novembro : Diz não haver nenhuma secreção. Havia ligeiro rubor da conjuctiva, mancha central da cornea e *pannus* muito tenues. A paciente diz sentir-se muito melhor do que antes do emprego de jequirity. Mandou-se continuar com as loções de acido borico.

As melhoras foram se succedendo progressivamente até o seu completo restabelecimento.

Observação n.° 3. — José de Souza Santos, portuguez, com 39 annos de idade. Esteve em tratamento mais de dez mezes, com os meios ordinarios, restabelecendo-se do olho esquerdo com elles, sem cicatrização da conjunctiva palpebral.

Nos primeiros dias a molestia foi qualificada de conjunctivite follicular, pois apenas se viam os folliculos conjunctivaes hypertrophiados. Mais tarde, tendo-se restabelecido o olho esquerdo

(no fim de quatro mezes), continuou a soffrer do outro, que apresentava então todos os caracteristicos da conjuntivite granulosa chronica, com começo de alteração da cornea.

A 25 de Outubro fez-se a primeira applicação de jequirity. O doente disse ter tido durante o dia sensação de argueiros, ardor e lacrymejamento constante.

No dia 26 as granulações tornaram-se mais injectadas e mais facilmente visiveis. Nova applicação por meio do pincel foi feita, não produzindo grande reacção até o dia 27, em que mandou-se o doente usar compressas embebidas na maceração.

Dia 28 : Havia grande edema das palpebras e lacrymejamento abundante; as granulações estavam mais visiveis pela sua côr branca em fundo carmesim.

Mandou-se continuar a applicação no dia 26; augmentou a inflammação e suppuração.

Suspendeu-se o tratamento no dia 30.

A conjunctivite jequirity desappareceu no fim de poucos dias e com ella a granulosa.

PROPOSIÇÕES

Cadeira de chimica organica

Atropina

I

A atropina é o principio activo da atropa-belladona.

II

Os crystaes da atropina se apresentam sob a fórma de agulhas sedosas, inodoras, incolores, de um sabor acre e amargo.

III

A atropina é muito soluvel no alcool.

IV

35 partes d'ether frio e 6 d'ether fervendo dissolvem a atropina.

V

Difficilmente a atropina se dissolve n'agua fria.

VI

Ajuntando-se, á uma mistura de 1 parte de acido sulfurico e 10 de alcool, uma solução de 10 partes de atropina, feita no ether puro e secco, obtemos o sulfato de atropina.

VII

O sulfato de atropina crystallisa em agulhas separadas.

VIII

O sulfato de atropina se dissolve facilmente na agua e alcool e é insoluvel no ether.

IX

A atropina é um veneno violento mesmo em fracas dóses.

X

O sulfato neutro de atropina é muito usado na therapeutica ocular.

XI

A pupilla augmenta sob a influencia da atropina.

XII

Com dois fins é empregada a atropina na ophtalmologia : para facilitar o exame ophthalmoscopico e com o fim therapeutico.

Cadeira de anathomia topographica e medicina operatoria

Estudo critico dos tratamentos empregados contra os tumores do seio

---

I

A expectação pura e simples nos casos de tumores do seio, deve ser excluida da therapeutica desta parte da cirurgia.

II

O tratamento palliativo impõe-se, nos casos em que os doentes não sujeitam-se aos meios curativos.

III

As injecções hypodermicas calmantes, representam um papel importante, no tratamento palliativo dos tumores dolorosos do seio.

IV

O iodureto de potassio nenhum resultado dá nos casos de tumores do seio.

V

Quer a cauterisação em superficie, quer a linear, devem ser empregadas com muita cautella no tratamento dos tumores do seio.

VI

O esmagamento aconselhado no tratamento dos tumores do seio, consiste em comprimil-os fortemente atravez da pelle, com o

fim de produzir rupturas multiplas no seu interior e facilitar a sua absorpção.

VII

De todos os tratamentos dos tumores do seio, o que inspira mais confiança é o cirurgico, quando empregado em tempo.

VIII

O esmagamento linear não offerece grandes vantagens na extirpação dos tumores do seio.

IX

A ligadura elastica empregada para seccionar tumores do seio, tem o inconveniente de ser muito dolorosa e actuar muito lentamente.

X

O bisturi é o melhor instrumento para extirpar-se os tumores do seio.

XI

A amputação parcial da glandula mamaria tem muita indicação no tratamento dos tumores do seio.

XII

A importancia da glandula mamaria sob muitos pontos de vista, obriga respeital-a muitissimo, poupal-a o mais possivel, evitar a sua amputação total, a não ser em caso extremo.

Cadeira de clinica medica

Qual o tratamento que mais aproveita nos casos de aneurisma da aorta?

I

Nos casos de aneurysma da aorta, procura-se combater mais os symptomas do que mesmo a molestia.

II

A dieta rigorosa acompanhada de sangrias repetidas, concorreria antes para a morte dos doentes de aneurysma da aorta, do que para sua cura.

III

A compressão não aproveita nos casos de aneurysma da aorta, tornando-se mesmo perigosa.

IV

As injecções hypodermicas de ergotina, nas proximidades do tumor aneurysmal têm dado algum resultado.

V

As applicações refrigerantes nos aneurysmas da aorta, trazem quasi sempre complicações para os orgãos respiratorios.

VI

De todos os tratamentos empregados internamente, o iodureto de potassio é o que melhores resultados têm dado no tratamento dos aneurysmas aorticos.

VII

A acumpunctura é o methodo de tratamento dos aneurysmas da aorta, pela introducção de corpos estranhos no sacco.

VIII

A electrolyse póde produzir muito bons resultados no tratamento dos aneurysmas da aorta.

IX

A electro-punctura é um dos meios mais heroicos para combater-se os tumores aneurysmaticos.

X

A electro-punctura consiste em mergulhar uma agulha no interior do tumor aneurysmatico, e por ella fazer-se passar a corrente electrica.

XI

Não é indifferente a applicação dos pólos em relação com o tumor.

XII

O pólo positivo é o que deve estar em relação com a agulha mergulhada no tumor.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Ars longa, vita brevis, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect. I. Aph. 1.º)

II

Ophtalmia laborantem ab alvi profluvio corripi bonum.

(Sect. VI. Aph. 17.º)

III

Quibus oculi in morbis sponte illacrimant, bonum, quibus vero non sponte, malum.

(Sect. VII. Aph. 83.º)

IV

In doloribus oculorum, postquam merum bibendum dederis, et multa calida lavaveris, venam secato.

(Sect. VII. Aph. 56.º)

V

Oculorum dolores mer potio aut balneum aut fomentium, aut ven sectio aut medicamentum purgant exhibitum solvit.

(Sect. VI. Aph. 31.º)

VI

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia malum denunciat.

(Sect. II. Aph. 43.º)

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio, 5 de Outubro de 1883

Dr. Caetano de Almeida.

Dr. Benicio de Abreu.

Dr. Oscar Bulhões.